FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LUCIENNE DESBROUSSES

Née le 1er Janvier 1899, à Marseille

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

La Dyspepsie du Lait de Femme

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

LA DYSPEPSIE

DU LAIT DE FEMME

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LUCIENNE DESBROUSSES

Née le 1er Janvier 1899, à Marseille

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

La Dyspepsie du Lait de Femme

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1930

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÉNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Patgologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.

MM.	
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER....	Clinique obstetricale.

MM.	
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.
LÉRI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉ DES COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A mes Frères et Sœurs,

Meis et Amicis

A Monsieur le Professeur Paul CARNOT,

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
de Médecine de Paris

qui nous a fait l'honneur
de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur Ribadeau-Dumas,

Médecin de la Salpêtrière

qui nous a inspiré l'idée de ce travail et guidée de ses conseils.

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

STAGES

M. le Professeur DELBET
M. le Docteur BERGÉ, *in memoriam*

EXTERNAT

M. le Docteur VEAU
M. le Docteur JOSUÉ, *in memoriam*
M. le Docteur BERGÉ, *in memoriam*
M. le Docteur COURCOUX
M. le Professeur JEANNIN

INTERNAT

1926. — M. le Docteur LEMAIRE
1927. — M .le Docteur COURCOUX
M. le Professeur JEANSELME
1928. — M. le Docteur Félix RAMOND
M. le Docteur DEVRAIGNE
1929. — M. le Docteur HUBER
M. le Docteur LEMAIRE

INTRODUCTION

Il ne faut voir dans ce travail qu'une simple revue générale sur la dyspepsie du lait de femme. Nous ne prétendons présenter ici aucune idée nouvelle. Au cours de ce rapide exposé nous avons essayé de mettre en relief quelques données essentielles dont on pouvait déduire des applications pratiques. L'allaitement maternel est une chose si importante pour la santé de l'enfant qu'on ne saurait trop insister sur les difficultés qu'il rencontre parfois, et sur les ressources dont on dispose pour les combattre.

Les troubles digestifs du nourrisson au sein sont rarement graves. Ils relèvent presque toujours de causes banales : infection de l'enfant ou de la mère, erreur de régime, et disparaissent vite après la maladie causale ou l'institution d'une bonne hygiène alimentaire.

Cependant on peut observer chez certains sujets des dyspepsies durables à la suite d'une des causes énumérées plus haut ou qui souvent même apparaissent dès la naissance. Ces enfants présentent des vomissements rebelles, des selles fréquentes d'aspect dyspeptique accompagnées souvent de symptômes nerveux. Leur poids reste stationnaire ou s'accroît de façon insuffisante et tout à fait irrégulière.

Il est bien difficile de dire dans ces cas pourquoi le lait maternel est mal toléré alors que l'enfant se développe souvent mieux avec un autre régime et ne présente plus de troubles digestifs. L'analyse du lait maternel donne parfois la raison de cet état, mais souvent le lait est de composition normale, il peut parfaitement convenir à un autre nourrisson.

De nombreuses explications ont été données de ces faits, mais la question reste encore obscure.

Dans cette thèse nous avons essayé de mettre en lumière les moyens diététiques et thérapeutiques par lesquels on peut arriver à faire tolérer à l'enfant le lait de sa mère, à lui conserver tout au moins une part prépondérante dans le régime.

On verra par les observations que le Dr Ribadeau-Dumas a bien voulu mettre à notre disposition (les vingt dernières) que si quelques cas s'améliorent par des procédés simples, d'autres sont particulièrement rebelles. On ne se décidera cependant à sevrer l'enfant qu'en présence d'accidents dramatiques ou lorsque la croissance sera trop précaire.

ETIOLOGIE

La dyspepsie du nourrisson au lait de femme ne nous paraît pas être une affection rare. 18 enfants ont pu être observés en moins de deux ans à la Salpêtrière, dans le service du Dr Ribadeau-Dumas, où sont seulement hospitalisés des enfants vraiment malades. Si l'on pense à la bénignité habituelle de la maladie, on est en droit de conclure qu'elle doit être d'observation fréquente dans les dispensaires et les consultations de nourrissons.

Dans la plupart des cas, les troubles morbides apparaissent dès les premiers jours de la vie : « Dès la naissance, et tout enfant qui n'en présente pas les symptômes de suite en sera préservé jusqu'à la fin » dit Finkelstein.

Cependant en pratique on les voit souvent survenir plus tard, généralement alors à la suite d'une maladie infectieuse de la nourrice ou de l'enfant, à la faveur d'une faute alimentaire.

Il est habituel d'observer, au cours ou dans la convalescence, de la plupart des infections du nourrisson, broncho-pneumonie, pyodermite, coqueluche, diphtérie, parfois d'une bronchite banale ou d'un simple coryza, quelques troubles digestifs : diarrhée, vomissements, anorexie

le plus souvent de courte durée qui cèdent vite aux traitements banaux, sans qu'il soit nécessaire de mettre l'enfant à la diète hydrique. De même les chaleurs de l'été, l'éruption dentaire sont des causes favorisantes pouvant entraîner pendant quelques jours des altérations digestives.

Cependant, chez des enfants prédisposés, une infection même minime a pu être à l'origine de troubles digestifs durables, entraîner même une dyspepsie grave chez des enfants jusqu'alors de bonne santé.

Les fautes alimentaires semblent souvent jouer un rôle dans l'apparition de la dyspepsie.

La suralimentation habituelle, réalisée surtout lorsqu'un enfant gourmand allaité par une nourrice mercenaire qui vient de quitter son enfant plus âgé, est mis au sein toutes les fois qu'il crie, finit par entraîner un état d'indigestion permanente lorsque l'excès alimentaire dépasse la capacité digestive. Chez un enfant jusqu'alors floride apparaissent des vomissements, des coliques fréquentes, terminées par l'émission de gaz et de matières fécales mal digérées. En même temps la croissance s'arrête. Ces troubles, chez un enfant normal disparaissent avec une bonne hygiène alimentaire, mais chez un prédisposé, ils peuvent laisser une irritabilité particulière de la muqueuse digestive, ou bien la flore intestinale peut être modifiée de façon sérieuse et durable.

La sous-alimentation est moins rarement en cause, l'enfant la supporte assez bien tant qu'elle est modérée (ne descend pas au-dessous de 50 calories par kg.) Il faut cependant faire une place importante à certaines hypoalimentations thérapeutiques, insister sur le danger de la

diète hydrique trop prolongée ou trop fréquente, que les états digestifs de l'enfant au sein ne nécessitent généralement pas. Elle peut conduire l'enfant à un véritable état d'inanition, entraîner des modifications profondes de l'organisme, une diminution de la capacité digestive des cellules intestinales. Les essais de réalimentation se heurteront souvent à des phénomènes d'intolérance qui rendront difficile le retour à un régime normal.

Souvent après un sevrage brusque et prématuré, un essai maladroit d'allaitement mixte, s'installent des troubles digestifs graves à la suite desquels le lait maternel lui-même est difficilement digéré.

Cependant la plupart des auteurs estiment que la maladie de l'enfant ou de la nourrice, ou la faute alimentaire, ne sont que des causes occasionnelles, sans conséquence chez un enfant normal, mais qui chez un prédisposé favorisent l'apparition d'une dyspepsie « qui une fois installée ne rétrocède pas ». Une enquête minutieuse montrerait dans la plupart des cas qu'avant l'apparition des troubles graves, existaient déjà des signes atténués d'intolérance « qu'il s'agissait d'enfants criards, agités, insomniques, dont le poids augmentait peu ou irrégulièrement. »

Le rôle du terrain et de l'hérédité parait donc capital : Hérédité neuro-arthritque au premier plan : Ce sont des enfants de dyspeptiques, de migraineux, de névropathes qui resteront plus tard des hyperesthésiés dans toutes les manifestations nerveuses, motrices, sensitives, sensorielles, vaso-motrices.

La syphilis semble aussi souvent en cause. Pour M.

Marfan, on la retrouve dans 68 % des cas à l'origine de la maladie des vomissements habituels. Nous l'avons trouvée six fois sur vingt observations.

La débilité congénitale, la naissance avant terme ont été aussi incriminées (mais la syphilis en est souvent la cause) plus rarement l'alcoolisme, la tuberculose, le paludisme.

Il est cependant des cas où l'investigation la plus minutieuse ne permet de trouver aucun antécédent pathologique où les troubles surviennent chez des enfants paraissant parfaitement sains.

PEUT-ON TROUVER DANS LES MODIFICATIONS DU LAIT DE LA NOURRICE UNE EXPLICATION DE CES TROUBLES ?

Dans ce chapitre nous envisagerons tout d'abord rapidement dans quelle mesure certains états physiologiques ou pathologiques de la nourrice peuvent retentir sur la santé de l'enfant.

Nous verrons ensuite, alors que la nourrice est manifestement en bonne santé, si les troubles digestifs dont souffre le nourrisson peuvent être attribués à des modifications du lait maternel décelables par l'analyse.

1°) Retentissement des états physiologiques et pathologiques de la nourrice sur la santé du nourrisson.

Au moment des règles, l'enfant est souvent grognon, agité, on peut noter un fléchissement du poids, parfois même une élévation thermique, de la diarrhée, des vomissements, une poussée d'urticaire. Mais ces troubles sont toujours bénins et passagers, ils ne nécessitent jamais la suppression de l'allaitement. D'ailleurs lorsqu'ils sont susceptibles de se produire l'enfant est déjà âgé de 5 ou 6 mois. On a pu cependant parfois les observer plus tôt au moment de « règles latentes ».

On a dit que lorsque survenait une nouvelle grossesse la mère devenait mauvaise nourrice, que le lait était plus concentré, reprenait le type colostral. Cependant nombre de femmes ont pu allaiter leur nourrisson jusqu'à une période assez avancée de leur grossesse sans que celui-ci dépérît.

Ce sont généralement des conditions tirées de l'état de la mère, fatigue, amaigrissement, qui peuvent justifier la suspension de l'allaitement.

Les maladies de la nourrice ont souvent une répercussion sur la santé de l'enfant, généralement parce qu'elles diminuent la sécrétion lactée (Marfan). Certains auteurs ont observé le retour à l'état colostral. Pour prendre une décision, il faut envisager la gravité, la durée, la contagiosité de la maladie, la médication à lui opposer, l'âge et l'état de l'enfant, établir le bilan des risques de l'enfant et de la mère. On conseillera le sevrage en cas de maladie grave ou chronique et cachectisante ou lorsqu'il y a des risques de contagiosité pour l'enfant (cardiopathie, néphrite, affection du système nerveux, tuberculose). Au cours de certaines maladies contagieuses aiguës, beaucoup d'auteurs pensent que, moyennant certaines précautions, l'allaitement peut être poursuivi. Si l'enfant continue à prendre le sein de sa mère il sera souvent nécessaire de compléter les tétées insuffisantes.

Par contre, les complications mammaires de l'allaitement doivent faire supprimer la mise au sein du côté malade, étant donnés les risques d'infection de l'enfant.

On a pu attribuer à des intoxications habituelles (saturnisme, alcoolisme) les troubles digestifs du nourrisson.

De même l'absorption de certains médicaments (opium, morphine, belladone, jusquiame, datura, rhubarbe, séné, colchique, bromures, iode, mercure, arsenic), de certains aliments (gibiers faisandés, conserves de viande ou de poisson, coquillages, choux fermenté, chocolat en excès) ont pu donner au lait des propriétés toxiques et momentanées.

Une émotion violente, une frayeur, une colère peuvent déterminer un peu de diarrhée, des oscillations de la courbe de poids, mais ces troubles sont transitoires. Cependant un chagrin prolongé déprimant a pu entraîner la suppression de l'allaitement.

Une alimentation insuffisante, la misère physiologique peuvent, par l'hypogalactie qu'elles entraînent, rendre la nourrice inapte à un bon allaitement.

2°) Les modifications qualitatives du lait en dehors de toute maladie de la nourrice.

Lorsqu'un enfant au sein, nourri suivant les règles par une mère en bonne santé, ne prospère pas et souffre de troubles digestifs résistant aux traitements habituels, on peut se demander si on ne trouvera pas dans une composition anormale du lait maternel une explication de ces troubles.

Il est certain que l'analyse donne parfois d'utiles renseignements. Encore faut-il qu'elle soit faite dans de bonnes conditions. Une seule analyse ne permet pas de conclure. Nous verrons plus loin dans quelles proportions certains des éléments du lait peuvent varier aux divers moments de la journée et de la tétée.

Les anomalies peuvent porter sur les différents élé-

ments du lait, soit qu'ils se trouvent en excès ou au contraire en trop petite quantité.

Nous verrons d'abord s'il est des troubles que l'on a pu attribuer à un lait trop riche en beurre, en caséine, en lactose ou en sels.

Puis comment une pauvreté globale, ou une pauvreté excessive de l'un de ses composants est susceptible de rententir sur la croissance et la digestion du nourrisson.

A) *La dyspepsie du nourrisson par excès de beurre.*

L'excès de beurre parait être parmi toutes les anomalies de composition du lait de femme celle qui peut être le plus souvent à l'origine de troubles digestifs du nourrisson.

Déjà MM. Barbier, Guiraud, Jemma, Babeau, Rothschild avaient publié des observations dans lesquelles ils établissaient une relation de cause à effet entre les troubles dyspeptiques dont souffrait l'enfant et la richesse anormale en beurre du lait de la mère.

En 1924, dans sa thèse, Ducuing fait un travail d'ensemble de la question.

Il montre d'abord les variations de la teneur en beurre du lait de femme. Ses observations portent sur 47 nourrices examinées dans le service de M. Barbier.

Non seulement la quantité de beurre est variable d'une nourrice à l'autre mais chez une même nourrice elle peut subir au cours de la journée des modifications importantes, être dans les cas extrêmes sept fois plus forte le soir que le matin. Le minima est à 6 heures, la maxima à 15 heures. Au cours de la tétée, le beurre est plus abondant à la fin qu'au début de 1 gr. à 2 gr. pour 1.000. Pour

obtenir un chiffre moyen, il faut donc prélever 10 cc. au début de la tétée du matin, 10 cc. à la fin du repas du soir. M. Barbier est arrivé au chiffre moyen normal de 30 à 35 gr. par litre et considère qu'au-dessus de 40 gr. un lait est riche en beurre.

Il étudie également l'influence du régime alimentaire sur la composition du lait et arrive à ces conclusions : qu'une alimentation peu abondante donne un lait pauvre en caséine et en beurre. L'augmentation du régime amènera une élévation de la teneur en caséine et surtout en beurre. La teneur en lactose est peu modifiée.

La composition du régime n'est pas non plus indifférente. L'augmentation des subtances protéiques rendra le lait riche en caséine et en beurre, sans modifier sa teneur en lactose. L'augmentation des hydrates de carbone élèvera au contraire la teneur en lactose et surtout en beurre et inversement.

C'est sur ces données que M. Barbier a basé le traitement de la dyspepsie. Il consistera à modifier la teneur en beurre du lait de la mère en remplaçant dans son alimentation les féculents par des légumes verts. Dans bien des cas cette simple modification suffira à faire disparaître la plupart des troubles.

La dyspepsie du nourrisson par excès de beurre n'a pas en elle-même de physionomie bien particulière : vomissements, diarrhée, érythèmes, remarquables seulement par leur ténacité, leur résistance aux traitements usuels, leur disparition avec un régime moins riche en beurre. Nous en rapportons plus loin quelques observations (I - II - III).

Essayons maintenant de voir par quel mécanisme l'excès de beurre peut déterminer des troubles digestifs. Il agit directement sur la muqueuse gastrique par les acides gras qui proviennent de son dédoublement. Il diminue la sécrétion, retarde l'évacuation, d'où fermentations anormales.

Des acides gras en excès arrivent dans l'intestin, leur neutralisation emploie une quantité excessive de suc intestinal. Celui-ci n'est plus assez abondant pour effectuer complètement la saponification des graisses. De plus les acides gras excitent le péristaltisme intestinal qui provoque la diarrhée.

L'absorption se fait d'autant moins bien que les graisses sont plus abondantes une fois que la limite tolérée par l'organisme est dépassée.

B) *Troubles digestifs et excès d'albumine.*

Ces faits semblent plus rares et d'interprétation parfois difficile.

M. Cattaneo a imputé l'eczéma des nourrissons à un lait riche en matières albuminoïdes et pauvre en graisse.

MM. Bonnet-Laborderie et Dekestel de Lille rapportent l'observation d'un enfant normal, né de parents sains, allaité par sa mère sans incident jusqu'au troisième jour, qui à la montée du lait fut pris de hoquet, vomissements de sang épais noirâtre. Par la suite il présenta des selles presque exclusivement constituées par des caillots noirâtres, poisseux. Pendant quelques jours l'état général fut très alarmant.

Deux autres nourrissons mis au sein de la même fem-

me présentèrent aussitôt l'un des selles sanglantes avec hypothermie, l'autre des vomissements bilieux.

M. Barbier pense qu'un excès d'albumine peut déterminer de la diarrhée, des vomissements, de l'eczéma. Il met en garde contre l'erreur commune des mères qui, devant l'arrêt de croissance de leur enfant, croyant leur lait trop pauvre ou trop peu abondant, ont tendance à se nourrir davantage, à donner plus de lait à leur nourrisson et parfois absorbent des substances réputées galactogènes qui ont pour effet d'augmenter dans le lait les albumines et les graisses. Les troubles en sont aggravés alors qu'une amélioration rapide est obtenue par un simple changement de régime de la nourrice. Il faudra diminuer la ration si elle est trop abondante en quantité et en qualité. Si cela ne suffit pas on supprimera la viande, de préférence au repas du soir. On supprimera également s'il y a lieu toute substance galactogène. Voir les observations IV et V.

C) *Troubles digestifs et excès de lactose.*

MM. Ribadeau-Dumas et Fouet ont publié à la Société de Pédiatrie, en Mai 1924, l'observation d'un enfant présentant un ensemble de troubles : arrêt de croissance, eczéma suintant et séborrhéique, œdème, que le sevrage a fait disparaître. L'analyse montrait une richesse excessive en lactose du lait qui par ailleurs était pauvre en graisse et en albumine (Obs. VI).

M. O Klemm a avancé que lorsque des nourrissons élevés au sein deviennent dyspeptiques ou rachitiques, le lait de la nourrice se distingue parfois par le défaut de

la matière azotée et l'excès de lactose (et la diminution des sels de fer).

Certains auteurs pensent qu'il existe une relation entre les diarrhées acides des enfants au sein et la fermentation du lactose.

Le lait de femme est en effet beaucoup plus riche en lactose que le lait de vache (68 gr. au lieu de 47 0/00).

A l'état normal le lactose est dédoublé dans l'intestin grêle en glucose et galactose qui sont résorbés dans les premiers segments de l'intestin.

Sous l'influence de facteurs divers : alimentation trop riche en lactose, appauvrissement diastasique, traversée digestive trop rapide par suite d'un péristaltisme exagéré, le dédoublement du lactose est entravé : ce sucre arrive dans les zones de fermentation saccharolytique, fermente vite et donne des acides gras qui ont une action irritante pour l'intestin, exagèrent encore le péristaltisme, augmentent les sécrétions intestinales. La pullulation exagérée des microbes de la flore saccharolytique détermine à la longue des phénomènes d'auto-infection.

Lorsque les selles sont fréquentes, la neutralisation par la sécrétion intestinale et pancréatique, par la putréfaction des substances albuminoïdes, n'a pas le temps de se produire. On n'assiste pas à la transformation normale des acides gras en savons solubles. L'eau contenue dans la masse intestinale n'est pas résorbée, d'où diarrhée liquide acide.

En outre l'acidité des selles dépend des substances tampon qui y sont contenues — quand il y a peu de sels dans l'alimentation (le lait de la femme en contient

0,2 0/00), même les petites acidités ne peuvent être neutralisées.

On peut déduire de ces quelques données des indications thérapeutiques importantes.

Il faut donner à l'enfant des albumines pour développer une flore protéolétique, antagoniste de la flore saccharolytique.

Il faut lui faire prendre des subtances adsorbantes, des sels : Bol blanc (silicate d'alumine), charbon, sels de chaux.

M. Slobosiano a réussi en administrant d'une part du bol blanc et du charbon, d'autre part du bol blanc et du phosphate tribasique de chaux, à alcaliniser les selles d'enfants au sein atteints de diarrhée primitive, et à élever en quatre à six jours leur PH de 4,5 vers 7, en même temps que les phénomènes dyspeptiques s'atténuaient.

Troubles digestifs et excès de sels.

On a attribué des troubles morbides à l'augmentation du taux des sels dans le lait, en particulier du chlorure de sodium.

M. Marfan rapporte l'observation d'un enfant qui, dès les premières tétées, eut de la diarrhée, une chute de poids très accentuée et dont les troubles cessèrent dès qu'ont l'eut mis à l'allaitement artificiel. L'analyse montra 8 gr. de Na Cl par litre.

Hypoalimentation qualitative.

L'hypoalimentation qualitative naturelle est exceptionnelle ; cependant les analyses chimiques du lait ont

pu montrer dans quelques cas que l'un des composants naturels du lait était en quantité trop basse pour permettre un accroissement normal de l'enfant.

D. et W. Heubner rapportent le cas d'un enfant qui prenait un lait trop concentré, dont le poids ne recommença à monter et d'une façon rapide que lorsque l'on ajouta de l'eau à son alimentation. On sait d'autre part que le besoin d'eau du nourrisson est considérable. S'il n'est pas satisfait, surviennent des troubles de l'état général avec parfois hyperthermie.

On sait le rôle capital joué par les albumines dans la croissance du nourrisson. Bunge a montré qu'un animal double d'autant plus rapidement son poids de naissance que le lait de l'espèce à laquelle il appartient est plus riche en protéines.

	Temps nécessaire pour doubler le poids de naissance	Teneur du lait en :	
		Protéines	Sels
Homme.....	180 j.	1,6	0,2
Cheval.....	60 j.	2,	0,4
Veau.....	47 j.	3,5	0,7
Chevreau.....	19 j.	4,3	0,8
Porc.....	18 j.	5,9	0,0
Agneau.....	10 j.	6,5	0,9
Chien.....	8 j.	7,1	1,3
Chat.....	7 j.	9,5	0,0

Le lait humain étant de tous le plus pauvre en protéines, il n'est pas illogique de penser qu'un apport

protéiné peut, dans quelques cas, déterminer une accélération de la courbe de poids.

Nous avons vu d'autre part l'influence que les albumines peuvent avoir sur la flore intestinale.

Nous avons vu également l'heureux effet de l'apport de sels sur la digestion du nourrisson au sein.

Il nous reste à parler de la déficience du lait de femme en fer.

Lorsque la lactation est poursuivie trop longtemps, ou lorsque l'enfant en naissant en apporte une quantité insuffisante, vers la fin de la première année survient une anémie spéciale qui guérit rapidement par l'administration d'un produit ferrugineux.

On a enfin signalé des cas où une carence, en particulier une insuffisance en vitamine B, pouvait être à l'origine de certains états pathologiques du nourrisson.

Des cas de Beri Beri infantile ont été observés aux Philippines chez des enfants âgés de moins de 3 mois, nourris par des mères dont l'alimentation était pauvre en vitamine B. Les symptômes étaient l'anorexie, le changement de caractère, l'agitation, la faiblesse du cri, la diminuion des urines, les attaques de coliques aiguës, la raideur de la nuque, l'affaiblissement des muscles.

Dans nos pays on ne peut voir que des formes frustes. M. Ribadeau-Dumas pense que le syndrôme fréquemment observé entre les sixième et huitième mois, en dehors de tout état infectieux aigu ou chronique du nourrisson, constitué par l'anoxerie, l'agitation, l'insomnie, la pâleur, parfois une chute de poids et de la température, peut relever d'une carence en vitamine B.

Il peut se rencontrer chez des sujets correctement nourris au sein et aux farines recevant du jus d'orange et de l'huile de foie de morue.

M. Ribadeau-Dumas a amélioré trois cas de ce genre par l'adjonction de vitamine B sous forme d'un sirop de sucre dans lequel était incorporé un extrait de levure de bière lysée avec lequel on maltait les bouillies (2 à 3 cuillerées à café par jour). En même temps on donnait aux mères une alimentation plus variée, riche en légumes verts.

L'examen microscopique du lait révèle parfois des anomalies. C'est ainsi que quelques diarrhées à selles vertes avec retard ou arrêt de la croissance, érythème intertrigo, peuvent être rattachées parfois à la prédominance dans le lait des globules gras extrêmement petits.

Enfin, il existe des cas, d'ailleurs exceptionnels, où sans que l'analyse montre la moindre anomalie, le lait d'une nourrice présente des propriétés nocives révélées seulement par les troubles dont souffrent tous les enfants qu'elle allaite.

M. Lesage rapporte l'observation d'un enfant normal, né de parents sains, qui pendant deux mois vomit après chaque tétée, a de la diarrhée verte, augmente peu. Ces troubles cessent dès que l'enfant est donné à une deuxième nourrice. La mère prend l'enfant de la nourrice, qui bientôt présente des troubles analogues au premier.

L'analyse du lait est donc susceptible de rendre de grands services, mais elle n'explique pas tous les cas.

D'autre part, il ne faudrait peut-être pas chercher

dans les laits des causes du même ordre de grandeur que les troubles observés.

Ducuing fait remarquer que certains nourrissons sont capables de supporter très longtemps un régime riche en beurre sans en souffrir tandis que d'autres, prédisposés, font des troubles graves pour un excès minime. Finkelstein a noté des laits très riches en lactose parfaitement tolérés.

Bien qu'on puisse observer ces troubles chez des enfants normaux, tous les auteurs insistent sur le rôle de la tare héréditaire dans leur genèse. « On a pu trouver dans les divers laits des différences biochimiques absolues ; elles sont faibles et toutes relatives lorsqu'on est placé sur un terrain normal, mais entrainent peut-être des effets considérables sur des dégénérés, individus hypersensibles qui multiplient l'intensité de la cause comme ces appareils utilisés en physiologie qui traduisent en amplifiant énormément les moindres oscillations ».

INTOLERANCE DU NOURRISSON POUR LE LAIT DE FEMME

Il existe des enfants qui présentent de l'intolérance au lait de leur mère alors que celui-ci ne détermine aucun accident chez d'autres nourrissons. Tel est le cas rapporté par Bouchacourt que nous reproduisons plus loin. (Obs. VII).

S'il a suffi, dans ce cas, de changer l'enfant de nourrice pour voir disparaître l'intolérance, Méry rapporte l'observation d'un nourrisson chez lequel l'amélioration ne survint qu'à la troisième nourrice. MM. Perret, Budin, Rillet et Barthez, Marfan, d'autres auteurs ont montré que parfois l'enfant ne peut supporter aucun lait humain alors que le lait de vache est bien toléré.

Les grands accidents d'intolérance au lait de femme

Ils sont exceptionnels. Cependant il existe quelques observations probantes qu'il peut être utile de rappeler.

Budin, Obs. VIII. — (Le Nourrisson 1900).

Bar, Obs. IX. — (Bulletin de la Société d'Obstétrique 1903).

Variot rapporte un cas du même genre. L'intolérance s'est manifestée à l'âge de deux mois, elle a été définitive,

tous les essais de mise au sein étaient suivis de malaise, vomissements, diarrhée, qui nécessitèrent la mise à l'allaitement artificiel.

Hutinel cite également l'observation d'un bel enfant né de mère saine qui, un jour, se met à vomir sa tétée et, depuis, vomit toutes les fois qu'on lui donne le sein. On lui donne une première, puis une deuxième nourrice sans résultat.

On le met au lait de vache qui est bien toléré, mais on lui en donne trop et les troubles réapparaissent. L'essai d'une troisième nourrice aboutit à des effets désastreux.

Cependant dans ce cas, après quinze jours de réalimentation prudente, on put arriver à faire tolérer le lait maternel à l'enfant.

D'autres auteurs ont signalé des phénomènes du même ordre. Leur cause est encore obscure. On suppose qu'ils sont en relation avec un état anaphylactique, se basant sur leur ressemblance clinique avec les phénomènes de l'anaphylaxie expérimentale : apparition soudaine des symptômes après l'ingestion du lait, même à dose minime ; intensité des signes nerveux, pâleur, tendance au collapsus ; la répétition des accidents, leur aggravation même à mesure que l'expérience se répète. Mais les preuves biologiques de l'anaphylaxie (recherche de précipitines dans le sang, crise hémoclasique, recherche de l'immunité passive) manquent habituellement.

L'explication de ces phénomènes par l'anaphylaxie ne peut valoir que lorsqu'ils surviennent après une phase de sensibilisation à la suite d'un état pathologique du nourrisson par exemple. Habituellement la digestion mo-

difie la composition, la toxicité des substances ingérées et les livre à la circulation sous une forme assimilable. Ce n'est que dans des conditions spéciales que le sang peut contenir des produits non transformés, l'albumine du lait par exemple dans le cas de suralimentation, d'insuffisance des sucs digestifs, de lésion gastro-intestinale, ou d'insuffisance hépatique.

Si dans ces conditions il y a interruption de l'allaitement, sa reprise pourra provoquer des phénomènes analogues au choc anaphylactique.

Lorsque les phénomènes surviennent dès la naissance, l'explication est plus difficile. M. Weill, de Lyon, a émis l'hypothèse que l'enfant serait sensibilisé à l'intérieur de l'utérus, lors de la résorption des produits de la sécrétion mammaire pendant la gestation. La sensibilisation se transmettrait au fœtus par la voie placentaire.

On peut admettre d'autre part l'existence chez certains sujets d'une tare humorale et penser que l'introduction dans le sang d'une certaine substance peut déterminer un choc vasculo-sanguin, on dit alors qu'il y a idiosyncrisie.

2° La forme commune de l'intolérance du nourrisson au lait de femme

Les phénomènes de grande intolérance au lait de femme sont exceptionnels. Beaucoup de médecins n'en ont jamais observé. Mais on rencontre souvent chez le nourrisson au sein des troubles dyspeptiques que ne peuvent expliquer ni la toxicité du lait maternel, ni une mauvaise

conduite de l'allaitement, ni une infection du nouveau-né.

Ce sont des vomissements répétés qui ne cèdent pas aux traitements usuels, de la diarrhée, des érythèmes, très souvent accompagnés de phénomènes nerveux. Ils ont donné lieu à des descriptions différentes suivant leur intensité, la prédominance d'un symptôme, surtout suivant l'idée pathogénique qu'en avait leur auteur.

Pour Raimondi, ils sont dûs à une insuffisance congénitale des fonctions glandulaires gastrique, intestinale, hépatique, pancréatique. Cette dyspepsie de naissance s'observerait surtout chez des enfants de dyspeptiques et qui toute leur vie le resteront.

M. Marfan décrit des diarrhées dysergiques, liées chez les débiles à une insuffisance transitoire des organes de la digestion, mais qui le plus souvent relèvent d'une irritabilité, habituellement congénitale, mais parfois acquise, de l'intestin de l'enfant.

Elle est mise spécialement en action par l'ingestion du lait de femme à laquelle l'enfant réagit de façon violente et souvent désordonnée, par des contractions péristaltiques intenses, une supersécrétion de suc entéritique, peut-être aussi de bile et de suc pancréatique.

C'est également à une hyperesthésie de la muqueuse gastrique qu'est due la maladie des vomissements habituels, l'ingestion de lait étant suivie d'un « gastro spasme emétisant ».

M. Marfan pense que la syphilis est la cause la plus habituelle de la surexcitabilité de la muqueuse stomacale,

mais estime qu'on ne peut émettre que des hypothèses quant au mode par lequel la syphilis agit sur l'estomac.

Notons que la tétanie a pu être incriminée dans certaines formes de vomissements habituels par MM. Lemaire et Olivier, que d'autres auteurs font jouer un rôle important à l'aérophagie.

M. Lesage met au premier plan le caractère spasmodique de l'affection. La tétée fait apparaître une crise de spasme qui peut rester localisée à l'estomac, déterminant des vomissements incoercibles que rien ne calme. Elle peut s'étendre à l'intestin, se généraliser même à tout le système musculaire. Cette « maladie spasmodique » est plus ou moins grave suivant que le spasme est intermittent ou continu. M. Lesage croit à l'origine hépatique de ces troubles qui sont améliorés par le calomel à petite dose (0,01 par jour).

M. Finkelstein estime que ces troubles se développent sur un fond neuropathique. Il décrit une « diathèse neuropathique » que l'on peut observer chez plusieurs enfants d'une même famille, dont les parents sont psychopathes ou névrosés. Il constate que ces enfants, pour augmenter de poids, ont besoin d'un apport calorique supérieur à la moyenne, qu'ils bénéficient d'un régime dégraissé, plus encore de mélanges riches en caséine, et émet avec Czerny l'hypothèse que chez ces enfants les dépôts congénitaux de matière phosphorée indispensables à la croissance sont absents ou insuffisants, donc nécessairement empruntés à l'alimentation.

M. Weill, de Lyon, groupe sous le nom d'intolérance pour le lait de femme tous les troubles digestifs, nerveux

ou nutritifs qui ne sont dûs ni à une lésion viscérale ni à une infection aiguë ou chronique, ni à une faute de régime ou à un lait de mauvaise qualité. Il les a d'abord assimilés aux phénomènes de petite anaphylaxie (anaphylaxie alimentaire chronique telle que l'ont décrite MM. Laroche, Richet Fils et Saint-Girons), puis a émis l'hypothèse que l'intolérance relevait de substances toxiques formées dans l'intestin aux dépens des albumines du lait sous l'influence d'agents infectieux et de ferments anormaux. Il a tenté l'injection sous-cutanée du lait intoléré dans le but de prévenir cette combinaison toxique et a obtenu des succès rapides par cette méthode.

Récemment M. Alarcon a fait une étude d'ensemble de ces faits. Pour lui, les troubles observés relèvent d'une hypervagotonie qui serait normale chez le nourrisson de moins de trois mois. Cette hyperexcitabilité du pneumogastrique obéit au désordre de la physiologie médullaire qui résulte elle-même du défaut d'inhibition corticale par suite du développement insuffisant des faisceaux pyramidaux. Le nourrisson vit en état d'hyperexcitabilité constante, il présente une propension marquée aux spasmes.

Cet état se traduit au niveau de l'appareil digestif par l'hypersensibilité de la muqueuse gastrique, le gastrospasme qui provoque les régurgitations, le vomissement une évacuation désordonnée par le pylore du contenu gastrique souvent imparfaitement digéré.

L'exagération des mouvements péristaltiques du grêle où les substances acides font un trop court séjour, la contraction exagérée du colon, le spasme anal, amènent un

conflit mécanique, l'ondée péristaltique cherchant à vaincre les barrières sphinctériennes qui lui ferment le passage. Cliniquement ces phénomènes se traduisent par des coliques, du météorisme qui augmente du fait de la fermentation du chyme acide, et cède après que le nourrisson a réussi à émettre une selle.

Le trouble digestif une fois déclanché exagère le trouble nerveux qui lui a donné naissance.

En somme le nourrisson vit en état permanent d'indigestion, mais cet état est transitoire. Lorsque ces troubles se prolongent au-delà de trois mois, il faut penser qu'un processus pathologique, hérédo-syphilis le plus souvent, retarde l'évolution normale du système nerveux du nourrisson.

L'atropine donnée à la dose de 3 à 5 centièmes de milligramme par dose fait disparaître l'anarchie motrice, ses conséquences physico-chimiques sur le tube digestif, et en même temps la dyspepsie.

En réalité, la preuve de l'hypervagotanie dans la pathogénie de ces troubles est difficile à faire. L'atropine est loin de faire disparaître tous les phénomènes et la dyspepsie n'est pas toujours transitoire.

Nous nous sommes bornée ici à exposer brièvement les différentes opinions émises sans entrer dans le détail des discussions auxquelles quelques-unes d'entre elles ont donné lieu.

OBSERVATIONS

Voici d'abord quelques observations de dypepsies à l'origine desquelles l'analyse a mis en évidence une composition anormale du lait maternel.

Trois observations de dyspepsies par excès de beurre empruntées à la thèse de Ducuing (Obs. I, II, III).

Deux observations de troubles digestifs dûs à un lait trop riche en matières albuminoïdes qui ont été publiées en 1912 dans le Journal de Diététique par M. Barbier (Obs. IV et V).

Une observation publiée par MM. Ribadeau-Dumas et Fouet à la Société de Pédiatrie, en mai 1924, dans laquelle on a pu attribuer à un excès de lactose dans le lait maternel les troubles digestifs dont souffrait l'enfant (Obs. VI).

Observation I

Enfant né le 7 janvier 1911, pesant 3 kgs 010 à sa naissance.

Il est nourri par sa mère ; l'enfant, dès le début, tette bien, il prend 40 à 50 gr. par tétée, on remarque cependant dès les premiers jours que les selles sont mal

digérées ; elles sont liquides, grumeleuses, non homogènes.

Au huitième jour de la vie, le 15 janvier, il vomit pour la première fois ; les vomissements se répètent les jours suivants, ils n'ont lieu qu'aux tétées de l'après-midi, et en particulier, après la tétée de 16 heures. Les selles continuent à être diarrhéïques, grumeleuses et contiennent des mucosités verdâtres.

L'augmentation de poids est au-dessous de la normale et varie de 10 à 15 grammes par jour. Cet état s'aggrave de jour en jour.

Les vomissements augmentent de fréquence et deviennent plus abondants comme s'il y avait une stase gastrique et comme si le vomissement débarrassait l'estomac d'une partie des repas antérieurs.

Après les tétées et notamment après celles de l'après-midi, l'enfant a de la gêne digestive, il se plaint, il est grognon ; il paraît soulagé quand il a vomi.

Les vomissements ont lieu une heure ou une heure et demie après les repas.

On fait à ce moment une analyse du lait de la mère, on trouve :

Caséïne : 31 gr. 2 le matin, 30 gr. 1 le soir ; moyenne : 30 gr. 6.

Beurre : 40 gr. 1 le matin, 90 gr. 9 le soir ; moyenne : 65 gr. 5.

Cette analyse, faite le 11 février, montrait un excès de caséïne, une quantité de beurre très supérieure à la normale, surtout le soir.

On essaya à ce moment de tirer le lait de la mère aux

tétées du soir et de le donner à l'enfant coupé de moitié d'eau.

Le régime fut-il rigoureusement suivi ? Nous ne le pensons pas, car, après avoir semblé donner de bons résultats les premiers jours, il cessa d'être efficace, on remit alors l'enfant au sein seul.

Les symptômes parurent dès lors s'accentuer et prendre l'aspect de ceux que l'on observe dans la sténose du pylore. Entre les tétées, on constate de la distension stomacale, puis apparurent des contractions antipéristaltiques très visibles au niveau de l'épigastre. Les mouvements aboutissent à des vomissements de plus en plus nombreux et révèlent nettement par leur abondance et par leur nature l'existence d'une stase stomacale et d'une évacuation incomplète ou retardée. L'enfant vomissait 6 à 7 fois par jour. Les selles augmentaient de fréquence, 5 à 6 par jour. Enfin, le poids de l'enfant qui jusque-là augmentait dans les mêmes proportions qu'au début, devint stationnaire avec une légère tendance à baisser à partir du 16 février. Il n'y avait ni anémie, ni phénomène d'intoxication.

L'expérience a démontré entre temps que l'enfant ne vomit qu'une partie du lait ingéré et qu'il en garde de 30 à 35 gr. sur le total de la tétée. Les selles sont toujours abondantes, grumeleuses, verdâtres.

Le 22 février, devant la persistance et l'aggravation des phénomènes digestifs, on fait un premier essai de substitution d'une tétée sur deux de lait d'ânesse au lait naturel.

Le premier essai de lait d'ânesse n'est pas suffisam-

ment continué. Sous prétexte que les vomissements ne cessent pas et que le poids de l'enfant baisse, on le remet au sein dès le 25 février, après un essai de seulement trois jours. Les accidents digestifs augmentent alors et au bout de deux jours on recommence à alterner la mise au sein et le lait d'ânesse.

D'autre part, dès le 25 février, la mère avait été mise à un régime sévère dont étaient absolument exclus : les farineux, la bière, l'excès de viande.

Le lait est de nouveau analysé, on trouve :

Caséïne : 25 gr. 6 le matin, 27 gr. 3 le soir ; moyenne 26 gr. 4.

Beurre : 34 gr. 9 le matin, 52 gr. 7 le soir ; moyenne : 43 gr. 8.

On voit qu'on a obtenu par le régime une diminution de la caséïne et surtout du beurre.

A partir de ce moment, les troubles digestifs vont en s'améliorant. A partir du 28 février, la diarrhée diminue : on n'a plus que 2 à 3 selles par jour au lieu de 6 ou 7. Les vomissements diminuent graduellement, cessant d'apparaître après chaque tétée et le poids de l'enfant reprend une ascension régulière de 30 à 35 gr. par jour.

La diarrhée s'améliore rapidement : au bout de 8 jours les selles sont normales ; les vomissements sont plus longs à disparaître. Dans le courant du mois de mars, l'enfant avait encore 2 à 3 vomissements par jour, mais ils n'ont ni l'abondance, ni les caractères de ceux du début ; on ne perçoit plus en particulier les mouvements antipéristaltiques et les signes de stase stomacale. A un certain moment, par la palpation très minu-

tieuse, on avait cru percevoir dans la région du pylore une sensation de boule, de noyau dur, qui n'existe plus à ce moment ; les vomissements ne disparaissent complètement qu'en avril.

Le 5 avril, l'enfant pesait 4 kgs 700, ayant gagné 1 kg. 300 depuis le moment de la reprise de poids le 25 février.

Le 24 mars, une 3e analyse du lait de la mère avait été faite. Il est vraisemblable que le régime était moins exactement suivi. On a les chiffres suivants :

Caséïne : 17 gr. 3 le matin, 24 gr. le soir ; moyenne : 20 gr. 6.

Beurre : 44 gr. le matin, 61 gr. le soir ; moyenne : 52 gr. 5.

Obsevation II

Enfant de 1 mois 1/2, amené à l'hôpital le 27 janvier 1920, parce que depuis 10 jours il est très agité et pleure sans cesse, parce qu'il vomit immédiatement après chaque tétée ; il est très constipé. Il est nourri au sein, mais les tétées sont irrégulières, fréquentes et sans doute copieuses, l'enfant étant très vorace.

A l'examen, c'est un enfant maigre (3 kgs. 290 au lieu de 4 kgs 100), d'autant plus qu'il pesait 4 kgs 500 à la naissance. On ne note pas de stigmates d'hérédo-syphilis, pas d'antécédents pathologiques.

Le jour de son entrée, l'enfant est agité et crie. Il a 4 vomissements.

Dès son entrée le petit malade est réglé. Sa mère lui donne 300 à 350 gr. de lait par jour.

Sous l'influence de ce régime sévère, l'enfant est plus calme, les vomissements semblent cesser ; les selles sont normales.

Mais le 31 janvier, après les tétées du soir, l'enfant est agité et vomit. Les mêmes phénomènes se reproduisent le lendemain. De plus l'enfant maigrit depuis son entrée dans le service. Il est alors mis 24 heures à l'eau d'orge et purgé.

Le 3 février on fait l'analyse du lait maternel dont la teneur en beurre, presque normale, le matin, est nettement excessive le soir, on trouve en effet :

Beurre : 35 gr. le matin ; 45 gr. le soir.

La mère est alors mise au régime des légumes verts. De plus on remplace la tétée du soir par un biberon d'eau d'orge. Sous l'influence de ce régime les troubles digestifs diparaissent : l'enfant a des selles normales, il n'est plus agité, ne vomit plus. Notons cependant, le 15 février, un vomissement peu abondant, qui ne se reproduit pas les jours suivants ; en même temps, l'enfant reprend du poids. Il sort guéri le 25 février 1920.

Observation III

Enfant âgée de 2 mois, amenée à l'hôpital le 4 décembre 1923 parce qu'elle vomit depuis sa naissance ; les vomissements surviennent généralement 30 minutes après la tétée, parfois plus tardivement, 2 heures après. On ne

les observe pas à toutes les tétées, mais seulement 4 à 5 fois par jour.

La petite malade est mise régulièrement au sein depuis sa naissance. La tétée dure de 15 à 20 minutes. Elle est donc sans doute trop copieuse. Après un échec d'un traitement au citrate de soude, l'enfant est mise au lait condensé (60 gr. par biberon). Les vomissements cessent, et l'enfant qui avait maigri, reprend 230 gr. en 4 jours.

A l'examen, c'est une enfant maigre, pesant 3 kgs 200 au lieu de 4 kgs 400, poids normal.

Dès l'abord, elle présente l'air vieillot, avec le visage amaigri, caractéristique de l'hérédo-syphilis. Elle a le front olympien avec saillie de la bosse frontale gauche. Les bosses pariétales sont également saillantes, les oreilles sont asymétriques.

On ne retrouve pas d'antécédents nets chez les parents. La mère n'a jamais fait de fausse couche.

Cependant le Wassermann vient confirmer les très fortes présomptions que l'on avait en faveur de la syphilis ; il est en effet faiblement positif chez la mère et chez l'enfant.

La cuti-réaction à la tuberculose est négative chez l'enfant.

A son entrée à l'hopital l'enfant est remise au sein. On complète pendant 24 heures avec du lait d'ânesse (100 grammes) puis la mère ne donne plus que le sein : l'enfant reçoit alors 300 à 350 gr. de lait par jour.

En outre, dès le 6 décembre, c'est-à-dire le surlendemain de l'entrée de l'enfant, elle est mise au sulfarsénol : une injection de 1 centigramme tous les 4 jours.

On aboutit à un échec complet. L'enfant qui ne vomissait pas lorsqu'elle était au lait condensé recommence à vomir tantôt une fois, tantôt deux fois par jour, avec, de temps à autre, 24 heures sans vomissements.

Cependant l'enfant reprend un peu de poids.

La persistance des troubles digestifs incite à faire une analyse du lait. Celle-ci, faite le 20 décembre, montre qu'il est pauvre en beurre le matin, mais trop riche le soir :

Beurre : 14 gr. le matin ; 43 gr. 5 le soir.

On remplace alors une des tétées du soir par de l'eau d'orge. Les vomissements s'espacent d'abord, survenant tous les 2 jours, le 23, le 25, le 27 décembre, puis ils cessent complètement.

Le traitement par le sulfarsénol est naturellement continué. A partir du 26 décembre, l'injection est portée à 1 cgr. 5.

En même temps que les troubles digestifs disparaissent, la courbe de poids se redresse. L'enfant sort du service, guérie, le 4 janvier 1924.

Troubles digestifs et excès d'albumine

Observation IV

La petite X..., nourrie au sein, a bien poussé jusqu'à la fin du 3e mois. A ce moment survinrent des troubles dyspeptiques dûs probablement à des fautes diététiques, qui arrêtèrent la croissance et qui furent aggravées par un essai malheureux d'adjonction de biberon. (Cette

enfant a un tube digestif très sensible : aujourd'hui, à l'âge de trois ans, elle ne peut encore supporter une soupe faite avec du lait de vache pur ou ce dernier seul).

La nourrice, dont l'examen ultérieur révéla un lait caséïné à l'excès, mal conseillée déjà sur la quantité du lait qu'elle donnait le fut encore davantage en se soumettant à la graine de cotonier.

Dès qu'elle en eut pris, les phénomènes dyspeptiques s'aggravèrent, et l'enfant, qui augmentait péniblement de 6 à 7 gr. par jour jusque-là, se mit à baisser de poids et perdit 179 gr. en 5 jours.

M. Barbier la vit à ce moment, fit cesser la drogue et régler les tétées. Sous cette seule influence l'enfant reprit du poids : 120 gr. en 15 jours, soit 8 gr. par jour. L'analyse du lait montra entre temps, comme il a été dit plus haut, un lait trop riche en caséïne.

M. Barbier fit supprimer la viande à la nourrice. Le régime fut suivi pendant 5 jours, et brusquement l'enfant augmenta de 260 gr., soit 55 gr. par jour. A ce moment, la nourrice se remit à son régime carné ordinaire, et le gain en 4 jours ne fut plus que de 80 gr. Spontanément, elle supprima de nouveau la viande et la courbe accentua son ascencion : 320 gr. en 14 jours, malgré l'éruption d'une dent et malgré une époque menstruelle de la nourrice.

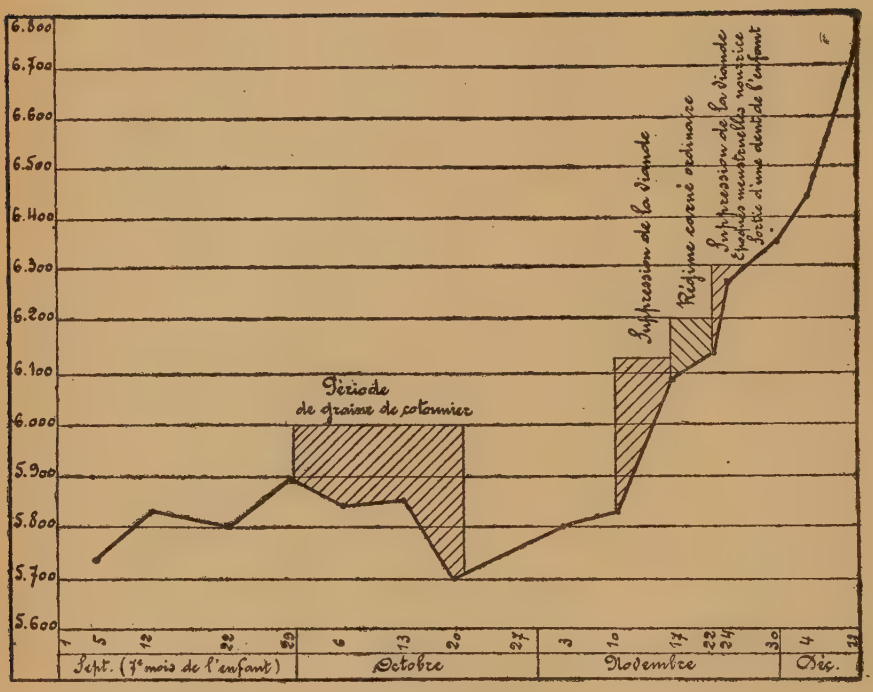

Fig. I. — Obs. IV

Observation V

Enfant, âgé de 6 semaines, entre dans le service du Dr Barbier le 7 octobre 1909 avec sa mère, pour de la diarrhée, des vomissements, un arrêt de développement et des placards eczémateux occupant les membres inférieurs, le bas-ventre, le cuir chevelu et les sourcils.

La mère a eu un autre enfant qui a présenté des accidents semblables et qui est mort à 3 mois de gastro-entérite.

L'enfant actuel a été nourri exclusivement au sein

jusqu'à 4 semaines et depuis 15 jours, on y adjoint du lait de vache en quantité non précisée. Depuis lors, il a des alternatives de constipation et de diarrhée.

En effet, à l'entrée, on constate une diarrhée muqueuse verdâtre modérée, trois selles journalières.

L'enfant est agité, grognon, inquiet. Les nuits sont agitées. Après un jour de diète, on remet l'enfant au sein, et on constate d'abord qu'il prend des tétées trop abondantes et que le lait monte si rapidement qu'en quelques minutes l'enfant prend des tétées telles qu'il dépasse de 100 à 150 grammes par jour sa ration théorique (125 grammes par kilog.).

On prend soin d'abord d'espacer les tétées, toutes les trois heures au lieu de toutes les deux heures, et au bout de cinq jours la diarrhée cesse spontanément. En même temps l'eczéma avait tendance à s'améliorer, sans disparaître cependant.

Vers le douzième jour, l'état reste stationnaire, et le poids de l'enfant est, à peu de chose près, ce qu'il était au début.

A ce moment, une analyse du lait montre une quantité assez élevée de caséïne, atteignant 23 gr. le soir, le beurre atteint à ce moment 51 gr. M. Barbier fait supprimer la viande au repas du soir et cinq jours après, l'analyse du lait donne 14,7 de caséïne le soir, avec une moyenne de 13,5, au lieu de 20,7 au début. Or, dès le 21, le poids de l'enfant se mit à prendre son développement normal, jusqu'au 28, date de la sortie de l'hôpital ; et, bien que la quantité de lait prise restât excessive, malgré les précautions prises pour surveiller les tétées, le

poids passa de 3.880 à 4.160, soit une augmentation de 280 gr. en sept jours, 40 gr. par jour. En même temps l'eczéma rétrocédait, l'enfant, calme, souriant, reposé, ne présentait plus les symptômes d'agitation du début.

M. Barbier a revu la mère et l'enfant le 4 novembre, elle continue son régime, et le bébé, sans trace de lésions cutanées et de symptômes de dyspepsie, pesait à ce moment 4.270 grammes. Depuis le 21 octobre, c'est-à-dire en quatorze jours, il avait augmenté de 400 gr., soit de 30 gr. par jour.

Excès de lactose

Observation VI

L'enfant C..., né à 8 mois 1/2, pesait 2.700 gr. à sa naissance. Mis complètement au sein maternel, il prend du poids. A 1 mois, il pèse 3.200 gr. Bientôt il cesse de croître, et au cours du 2e mois, présente un eczéma généralisé, suintant, séborrhéique au front et sur le cuir chevelu. En même temps, ses extrémités, les jambes et les avant-bras sont le siège d'un œdème dur gardant à peine l'empreinte des doigts. La face est œdématiée, les joues sont pâles, comme translucides, tremblottantes. Les selles sont diarrhéïques, vertes, grumeleuses.

A trois mois l'enfant pèse 3.500 grammes.

Les antidiarrhéïques ne modifient pas la situation.

Il ne prend que 7 tétées, mais le lait de sa mère est abondant, et il prend en moyenne 7 à 800 gr. dans les 24 heures. Une analyse de lait, faite par Boutrou, interne en pharmacie, donne les résultats suivants :

Volume apporté à l'analyse : 100 cc.

Extrait à 100°	118 gr. 35
Beurre	15 gr. 20
Albumine	15 gr.
Lactose	90 gr.

L'échantillon du lait analysé provient d'un grand nombre de prises échelonnées sur les 6 tétées pendant et après chacune d'elles.

Au lait de la mère on ajoute du lait de vache, soit deux biberons de 120 gr. Douze jours après ce changement de régime, le poids n'est pas sensiblement augmenté, il n'est que de 3.570 gr. mais l'eczéma est très atténué, il n'est plus suintant et surtout les œdèmes ont disparu, le faciès de l'enfant se colore. Il est gai et prend ses repas avec appétit. Les selles sont encore fréquentes mais jaunes et homogènes.

L'enfant est sevré peu à peu et, dans le mois suivant, il ne prend plus que du lait de vache. L'augmentation du poids est de 800 gr. Le faciès est bon, l'eczéma a entièrement disparu, les selles sont normales.

La mère, qui a cessé tout allaitement, fournit un nouvel échantillon du lait dont l'analyse nous donne la composition suivante :

Extrait sec à 100°	104 gr. 35
Beurre	18 gr. 30
Lactose	61 gr. 47
Sels	1 gr. 01

Ces échantillons représentent 7 prises de lait dans les 24 heures.

Rappelons maintenant quelques anciennes observations d'anaphylaxie au lait maternel, qui restent parmi les plus typiques et les plus démonstratives.

1° Bauchacourt rapporte à la Société d'Obstétrique, en 1923, la curieuse observation d'une femme dont le lait déterminait des troubles graves chez ses propres enfants alors qu'il était parfaitement toléré par des nourrissons étrangers.

Observation VII

5e enfant, né le 10 mars 1903, sans incident, de parents bien portants. P.N. 3.600.

Dans le courant du premier jour, vomissements verdâtres assez fréquents, inquiétants, pour lesquels on fait des lavages d'estomac.

Cet état persiste trois jours. Le lait maternel est le seul aliment. Les vomissements deviennent jaunâtres. Les selles sont vertes. On fait des lavages intestinaux et des lavages d'estomac.

Malgré les vomissements l'enfant augmente de poids : 20 à 30 gr. par jour, les 4e, 5e et 6e jours, après une chute initiale de 380 gr. pendant les 48 premières heures.

A partir du 6e jour, les vomissements deviennent plus abondants et plus fréquents. On pèse les tétées. En quatre jours, la diminution de poids de l'enfant, qui vomit à presque toutes les tétées, est de 400 gr. Diète hydrique, Bromure, Pepsine. Seulement 20 gr. de lait le 9e jour, 65 grammes de 10e.

Les vomissements continuent avec les mêmes caractères et la même intensité.

Quoique le lait de cette femme soit bien toléré par un autre enfant qu'elle nourrit partiellement depuis le 3e jour après son accouchement, on se demande s'il n'y a pas incompatibilité entre le lait de la mère et l'estomac de son enfant et on supprime l'allaitement maternel pour donner à l'enfant une nourrice.

Les vomissements diminuent rapidement, puis cessent au bout de 2 jours. Du 12e au 18e jour l'enfant est nourri exclusivement par une nourrice et ne vomit plus, sauf le 14e jour où il est mis une fois au sein de la mère et vomit immédiatement après.

Mais comme cette femme, qui donne tout son lait à un enfant étranger qui le supporte très bien, désire vivement nourrir son propre enfant, on essaie de nouveau l'allaitement maternel, le 18e jour : 80 gr. sans vomissements. On donne 360 gr. le lendemain. Même tolérance.

A partir de ce moment, on augmente progressivement la quantité du lait maternel et on diminue celle du lait de la nourrice, mais en ayant soin que chaque tétée soit composée de ces deux sortes de lait.

L'enfant ne vomit plus, sauf une fois le 20e jour, et il augmente régulièrement de poids. (Minimum 15e jour : 2.990 gr.).

Le 25e jour la mère quitte la Clinique Tarnier avec son enfant qu'elle nourrit seule et qui ne vomit plus. Il pèse alors : 3.340 gr. Mais 8 jours après elle revient, son enfant ayant recommencé à vomir.

Elle se décide à le mettre en nourrice au sein.

Cette femme a eu 5 enfants, nourris d'abord exclusivement au sein. Pour l'un d'eux on a complété un fois au lait de vache ou au lait Gallia coupé d'eau bouillie. Tous sont morts entre 3 et 7 mois, présentant des troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée, convulsions).

Le premier a survécu jusqu'à 14 mois. C'est celui qui a été allaité à l'allaitement mixte.

Il semble qu'il y a ici incompatibilité entre le lait de cette femme et le système digestif de ses propres enfants.

Le lait a été examiné par le Dr Nicloux : 40 gr. de beurre par litre, le reste normal.

2° Budin, dans son livre « Le Nourrisson », expose le cas d'un enfant chez lequel l'ingestion de lait de femme était suivie de pâleur, de menaces de syncope, et d'accidents nerveux si graves qu'on fut obligé de le mettre à l'allaitement artificiel au lait de vache pur, qui était mieux toléré que le lait d'ânesse et le lait dilué.

Observation VIII

Enfant né le 21 février 1893, il pesait à sa naissance : 4.800 gr.

Le 26, il était tombé à 4.685 gr.

On lui donna une bonne nourrice. Le 2 mars, il ne pesait plus que 4.575 gr. Il pâlissait chaque fois qu'il prenait le sein et il semblait avoir des menaces de syncope pendant sa digestion.

On fut obligé de lui donner du lait d'ânesse. Sa nourrice partit le 5 mars et on continua l'alimentation artificielle.

Le 9 mars l'enfant pesait 4.820 gr. quand on lui donna une deuxième nourrice dont le lait, très abondant, coulait facilement.

Au bout de quelques jours il fut repris des mêmes accidents.

Les garde robes n'étaient pas normales ; il pâlissait et avait au moment des tétées et des digestions des états syncopaux.

Le 16 mars, il avait cependant atteint le matin 4.995 grammes lorsque dans la journée il eut des mouvements convulsifs.

Le 19 mars son poids était retombé à 4.930 ; il refusa absolument de téter. On ne lui donna plus que du lait d'ânesse.

La nourrice, largement indemnisée comme la précédente, retourna dans son pays, prête à revenir au premier appel.

Le lait d'ânesse réussit bien tout d'abord et le 5 avril, à la 7e semaine, le bébé pesait 5.500 gr. On remarqua cependant à cette époque que les digestions devenaient moins bonnes et que les menaces de syncopes reparaissaient.

On donna du lait stérilisé pur.

Le 8 avril, devant l'intensité des phénomènes nerveux, craignant qu'il n'y eût quelque menace d'accidents cérébraux, eut lieu une consultation. On pensa que l'enfant n'avait en réalité que des troubles digestifs.

L'usage du lait d'ânesse fut prescrit. On ne devait avoir recours au lait stérilisé qu'en cas de nécessité. De

plus on devait ajouter à ce lait un quart de son volume d'eau.

Le 9 avril l'enfant n'eut donc que du lait d'ânesse, le 10 avril il avait diminué de 20 gr. Il eut une garde robe verte et refusa absolument le lait d'ânesse. Il en fut de même les jours suivants. Si bien qu'on fut obligé d'user exclusivement du lait stérilisé.

On lui donna tantôt du lait pur, tantôt du lait contenant un quart d'eau.

On remarqua qu'une heure et demie après avoir pris le lait coupé il criait et réclamait sa nourriture, tandis qu'après avoir bu le lait pur il attendait deux heures sans protester. On s'en tint donc exclusivement au lait pur, et depuis cette époque il n'a plus présenté aucun accident.

Le 2 juillet il pesait 8.020 gr., sa courbe étant supériure à la courbe normale.

3° Observation publiée par Bar, à la Société d'Obstétrique en 1903.

Observation IX

Enfant né le 1er mai 1902. Père et mère en bonne santé. Poids à la naissance : 4.030 gr.

Rien que de normal jusqu'au 5e jour, où la mère se plaint d'une crevasse. Elle continue à donner un sein ; on complète par du lait maternisé donné pendant trois jours en petite quantité.

Le 7e jour, après chaque tétée, l'enfant devient très pâle, surtout du côté droit de la face.

La pâleur persiste une heure après la tétée et par moments l'état semble inquiétant. Les selles sont vert foncé, grumeleuses, on y trouve un peu de sang.

Le lait maternisé est remplacé par du lait d'ânesse.

Le *14e jour*, les crevasses sont guéries, on remet l'enfant aux deux seins. Après chaque tétée, de la pâleur se manifeste dans la partie droite du visage.

Le 17e jour, deux vomissements de lait caillé se produisent peu de temps après la tétée.

Les selles, jaunes, contiennent de nombreux grumeaux blanchâtres.

Cependant l'enfant grossit ; on lui donne de la pepsine.

Le 30e jour, le docteur Bar est appelé.

Après avoir bien grossi, tout d'un coup l'enfant avait diminué de poids et toujours de la pâleur, de la lividité se manifestait de 1/2 heure à une heure après la tétée.

L'enfant a mauvaise mine, la figure fripée, un peu pâle. On diminue la quantité de lait, on fait prendre un peu d'eau d'Evian (diète hydrique mitigée).

Le poids décroît rapidement ; l'état général est mauvais, le visage livide, un nimbe bleu cercle les lèvres, le ventre est rétracté.

Les selles sont fréquentes, elles sont constituées par des matières glaireuses chargées de grumeaux ; l'enfant présente tous les symptômes de forte entérite.

Bar estime qu'il faut continuer l'allaitement au sein.

L'analyse du lait donne des résultats satisfaisants en beurre et en caséïne.

Pendant plusieurs jours on s'ingénie à varier le nom-

bre des tétées et à éviter l'ingestion d'une trop grande quantité de lait, on multiplie les lavages intestinaux.

Le poids reste stationnaire et l'enfant va de plus en plus mal.

Le 53e jour (23 juin), la température s'élève à 38°9 ; la situation est critique, on donne une nourrice dont l'enfant est très vigoureux. Après 24 heures, les selles sont toujours très mauvaises, l'état général paraît s'aggraver ; on prend une deuxième nourrice qui paraît être dans des conditions meilleures ; l'état s'aggrave encore, on cesse le sein, on donne du képhir et de l'eau ; le poids baisse encore.

On essaie une 3e nourrice, l'état empire, une pâleur extrême se manifeste après chaque prise de sein ; à plusieurs reprises on put croire que l'enfant avait succombé.

Une injection sous-cutanée de sérum le relève un peu.

Les docteurs Hutinel et Budin sont appelés en consultation. On donne du lait d'ânesse : une cuillerée à café toutes les 10 minutes ; on augmente très lentement la dose, au bout de 5 à 6 jours, l'état s'améliore un peu.

Fin juillet, l'enfant est hors de danger, mais l'augmentation de poids est minime.

Le 18 août (109e jour), on essaie du lait de vache stérilisé coupé à l'eau d'Alet, puis progressivement pur.

En 27 jours, le poids augmente de 1 kilog.

Au 136e jour, l'enfant va très bien ; on l'envoie à la campagne, en Limousin, on lui donne une nourrice ; le poids baisse, la pâleur du visage reparaît. On croit devoir lui donner un peu d'eau dès le lendemain et on continue pendant 13 jours l'allaitement au sein.

Le poids n'augmente plus, les selles sont grumeleuses, la pâleur se manifeste surtout après les tétées.

Au 14e jour, on redonne le lait de vache et d'ânesse, puis du lait de vache coupé d'eau, enfin du lait de vache pur. L'état général redevient bon. Dès lors, l'enfant progresse de façon normale.

Les troubles digestifs du nourrisson au sein relèvent parfois simplement d'un péristaltisme exagéré. Les opiacés : élixir parégorique ou mieux pantopon, les antispasmodiques : gardénal, peuvent suffire à les faire disparaître. (*Obs. X, XI, XII*).

Observation X

D. Max, né le 4 mars 1930, à terme. P.N. 2.400 gr.

Père bien portant, mère soignée il y a deux ans pour syphilis. Elle a eu quatre séries de piqûres. Un autre enfant de 6 ans 1/2 bien portant, pas de fausse couche.

L'enfant, nourri au sein, n'a jusqu'alors, au dire de sa mère, présenté aucun trouble digestif. Lors d'un premier séjour à l'hôpital pour une bronchite, on a constaté qu'il avait fréquemment des selles grumeleuses et souffrait de coliques. A la suite, il est envoyé en convalescence au Vésinet, mais il est ramené au bout de quelques jours (le 16 avril). Il a été pris d'une diarrhée assez intense : 7 à 8 selles par jour, très liquides et grumeleuses.

A 6 semaines, poids : 3.350 gr. Taille : 0 m. 49.

L'enfant est aux frictions mercurielles depuis 15 jours. L'eau de riz qu'on ajoute aux tétées, le gelo tanin ne

modifient guère l'état intestinal, et au bout de 6 jours le poids n'a pas progressé.

L'administration quotidienne de deux gouttes de pantopon déterminent une amélioration rapide et durable.

Observation XI

Robert O..., né le 20 mars 1930, un peu avant terme (8 mois 1/2). Poids de naissance : 2.200.

Sa mère a fait une fausse couche de 2 mois 1/2 un an auparavant.

On a fait, à Baudelocque où elle a accouché, une réaction de Bordet-Wasserman qui a été négative.

Envoyée au Vésinet, elle revient le 16 avril parce que son enfant a de la diarrhée verte et vomit. Il est nourri entièrement au sein : 7 tétées par jour de 80 à 90 gr. Depuis la naissance, il a de mauvaises selles.

A 27 jours il pèse 2.700 gr., mesure 0m46. Cuti : 0.

Ensemencement du nez et de la gorge : staphylocoques.

Il a 5 à 6 selles par jour, vertes, un peu grumeleuses et vomit fréquemment. C'est un enfant agité qui dort mal et souffre de coliques.

Poumons, foie, rate : normaux.

Dès son entrée, il est mis aux frictions mercurielles.

La courbe de poids est assez satisfaisante : 2 kgs 900 le 22 avril, mais la diarrhée, les coliques, l'agitation persistent.

A partir du 22 avril on lui donne chaque jour un centigramme de Gardénal qui améliore ces troubles.

Il sort le 26 avril, ayant de bonnes selles, pesant 3.050.

Observation XII

L. R., née le 5 juin 1924. P.N. 3.100.

Entrée le 21 juillet, pesant 3.900. Vient du Vésinet.

Nourrie au sein.

Depuis le 15 juillet : vomissements, diarrhée verdâtre sitôt après chaque tétée.

Croyant à l'hypoalimentation, on complète chaque tétée avec 30 gr. de lait stérilisé. Les signes augmentent.

Le 19, on met l'enfant à la diète hydrique. Pas d'amélioration.

A l'entrée, lientérie avec contracture de la région épigastrique, ondulations péristaltiques fréquentes.

On remet l'enfant au sein, on complète d'un peu d'eau de riz, on donne 3 gouttes de pantopon.

2 vomissements encore le jour de l'entrée.

Arrêt de la diarrhée.

L'enfant sort le 4 août, pesant 4.330 gr.

Un lait écrémé, et l'adjonction au régime d'une petite quantité de caséïne et de sels peuvent permettre à certains dyspeptiques une digestion meilleure et une croissance satisfaisante. (*Obs. XIII, XIV, XV, XVI*).

Observation XIII

B. Max, né le 13 décembre 1928, à terme. P. N. 3.300 gr.

Premier enfant de parents sains. Le B.W. de la mère est négatif.

Dès les premiers jours, perte de poids, selles indigérées.

La mère a peu de lait. On est obligé de compléter les prises au sein (35 gr.) par 40 gr. de lait stérilisé. L'enfant continue à perdre du poids et digère mal. C'est un enfant nerveux, agité.

Il entre dans le service le 28 décembre, envoyé du Vésinet où il est resté 4 jours.

A 15 jours il pèse 3.160 gr. (140 gr. de moins qu'à sa naissance).

Ensemencement du nez et de la gorge : staphylo catarrhalis.

Enfant de bon aspect. Tous organes normaux. On note seulement un erythème fessier assez marqué, un ombilic un peu suintant, une légère conjonctivite.

Les selles sont glaireuses, grumeleuses, acides.

On institue un allaitement mixte, composé à chaque tétée de 40 gr. de lait de femme et 40 gr. de guigoz 1/2 écrémé. Les selles restent glaireuses, mais le poids s'accroît de façon satisfaisante.

Le 3 novembre, l'enfant qui souffre d'un léger coryza se met à vomir. Les vomissements glaireux se reproduisent les jours qui suivent, nécessitant un lavage d'estomac.

Le 4 janvier on commence à donner à l'enfant du calomel à la dose de 0,01 par jour.

L'enfant sort le 8 janvier avec de belles selles. Poids : 3.550 gr.

Observation XIV

L. Jean, né le 29 novembre 1928, 15 jours avant terme. P. N. 3.100 gr.

4e enfant. Le premier, âgé de 6 ans, est bien portant, mais le 2e, né cyanosé, est mort subitement à 17 jours, et le 3e, né à 7 mois, également cyanosé, a vécu 2 heures.

La mère, bien portante, à un B.W. négatif. Le père, paludéen, gazé de guerre, est mort d'accident (perforation intestinale).

L'enfant, dont le lait maternel est le seul aliment, a depuis sa naissance des selles fréquentes, 8 à 10 par jour, très vertes, liquides, grumeleuses, contenant parfois du sang. Il souffre de coliques, dort mal et vomit fréquemment.

Le 22 décembre, date de son entrée dans le service, à 3 semaines, il n'a pas encore repris son poids de naissance et pèse 2.700 gr. C'est un enfant très petit, mais à part un érythème fessier assez intense, l'examen ne révèle rien d'anormal.

Malgré le coupage du lait maternel à l'eau de riz Larosan, l'administration d'alcalins, les selles conservent leurs caractères, l'enfant vomit après chaque repas, le poids reste stationnaire.

Le 26 décembre, on le remet à un régime maigre en complétant les tétées insuffisantes avec du lait stérilisé coupé à moitié.

Très vite, le poids augmente, atteint 3.300 gr. le 4 mars. La fréquence des selles diminue de moitié, elles sont plus homogènes, mais encore vertes et d'odeur acide. L'enfant vomit moins, mais souffre encore de coliques.

On lui fait prendre 3 cuillerées à café de précipité de

chaux, en même temps on donne 4 gouttes d'élixir parégorique.

Avec quelques irrégularités, la courbe de poids progresse dans l'ensemble de façon satisfaisante. Il n'y a plus de vomissements, les selles sont moins nombreuses mais gardent leur odeur de lait jusqu'au moment où l'enfant quitte le service, le 20 janvier, pesant 3.750 gr.

Observation XV

L. Georges, né le 15 septembre 1929. P.N. 2.020 gr.

Le père est un syphilitique traité. La mère, malgré une réaction de Bordet-Wassermann négative a eu trois séries de novarsénobenzol pendant sa grossesse qui a été pénible : elle a eu des vomissements pendant toute sa durée. L'accouchement a été normal.

C'est son premier enfant, elle n'a jamais eu de fausse couche.

L'enfant, élevé au sein pendant les six premières semaines, a été sevré brusquement. On l'a envoyé en nourrice. Alimenté avec du lait Nestlé, il a prospéré au début ; il a pris jusqu'à 500 gr. les 15 premiers jours, puis tout à coup les selles sont devenues fréquentes, diarrhéiques, et il s'est mis à vomir.

Sa mère l'a repris auprès d'elle et depuis 8 jours l'a remis au sein. Son lait revient peu à peu, mais les troubles digestifs persistent et l'enfant perd du poids.

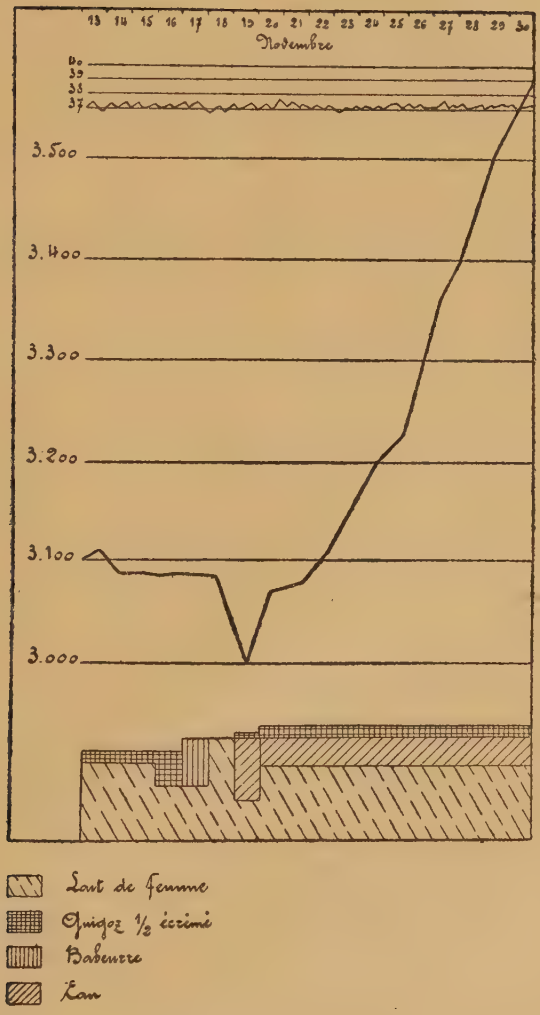

Fig. II. — Obs. XV

A son entrée dans le service, le 13 Novembre 1929, à 2 mois il pèse 3.100 gr. C'est un enfant en état d'hypo-

threpsie. Le tissu adipeux est réduit. Il présente un erythème fessier intense avec des érosions cutanées, et des séborrhéides disséminées. Le foie, la rate, les poumons sont normaux. Il a 6 selles par jour, un peu glaireuses et vomit plusieurs fois dans la journée. Il souffre de coliques, crie beaucoup, dort mal.

Les trois premiers jours, sa mère lui donne tout le lait qu'elle peut : 7 fois 70 gr. et on complète avec du guigoz 1/2 écrémé.

On fait prendre à l'enfant du bicarbonate de chaux, de l'élixir parégorique et, étant donné ses antécédents, on le met aux frictions mercurielles.

Le 16 Novembre l'enfant vomit encore abondamment trois fois dans la journée. Il boit mal au sein, s'arrête souvent au milieu de la tétée, et se met quelquefois à crier.

Le 17 novembre, on remplace le guigoz par du babeurre, l'enfant vomit autant, il a 6 selles liquides d'odeur acide.

Le 18 on essaie de lui donner uniquement du lait de nourrice. Les selles ne sont pas meilleures (PH 5,4) l'enfant vomit autant et on note une chute de poids de 75 gr.

Le 19, il prend à chaque tétée 30 gr. de lait de femme et 50 gr. d'eau dans laquelle on ajoute une cuillerée à café de Maltosan. L'enfant vomit encore. On lui fait un lavage d'estomac.

Le 20, on institue un régime composé pour 2/3 de lait de femme, pour 1/3 d'eau dans laquelle on ajoute à chaque repas une cuillerée à café de guigoz 1/2 écrémé. On continue à donner de la poudre de bicarbonate de chaux.

A partir de cette date la courbe de poids remonte très rapidement (voir fig.) 3.575 gr. le 30 Novembre. L'enfant ne vomit plus, les selles sont belles, mais leur P H pris chaque jour, du 18 au 26 Novembre reste invariable : 5,4.

Observation XVI

C. Jean, né le 17 février 1930 à terme. Poids de naissance : 2.250.

Entre dans le service le 21 Mars à l'occasion d'une grippe. L'enfant à 39° à son entrée, mais dès le lendemain la température est normale.

L'examen du poumon montre quelques râles de bronchite très discrets qui disparaissent rapidement.

Il pèse à 5 semaines 3.100 gr. La taille est de 0 m. 49. La cuti-réaction est négative.

Ensemencement du nez et de la gorge : staphylocoques.

Il existe des signes d'hérédo-syphilis : hypertrophie de la rate, veines du front saillantes, hydrocèle.

La mère dit que son enfant, élevé jusqu'alors uniquement au sein, n'a jamais présenté de troubles digestifs. Cependant on constate que les selles sont fréquentes, vertes, grumeleuses et que l'enfant vomit souvent son lait, quelquefois dès la fin de la tétée.

On centrifuge le lait maternel pendant 5 minutes avant de le donner à l'enfant et on lui administre une cuillerée de Bol Blanc avant chaque repas.

De plus, on institue un traitement antisyphilitique par frictions mercurielles.

Cependant l'aspect des selles ne se modifie pas. Elles restent acides, glaireuses, avec de petits grumeaux de lait indigéré, mais la courbe de poids bien qu'irrégulière est assez satisfaisante.

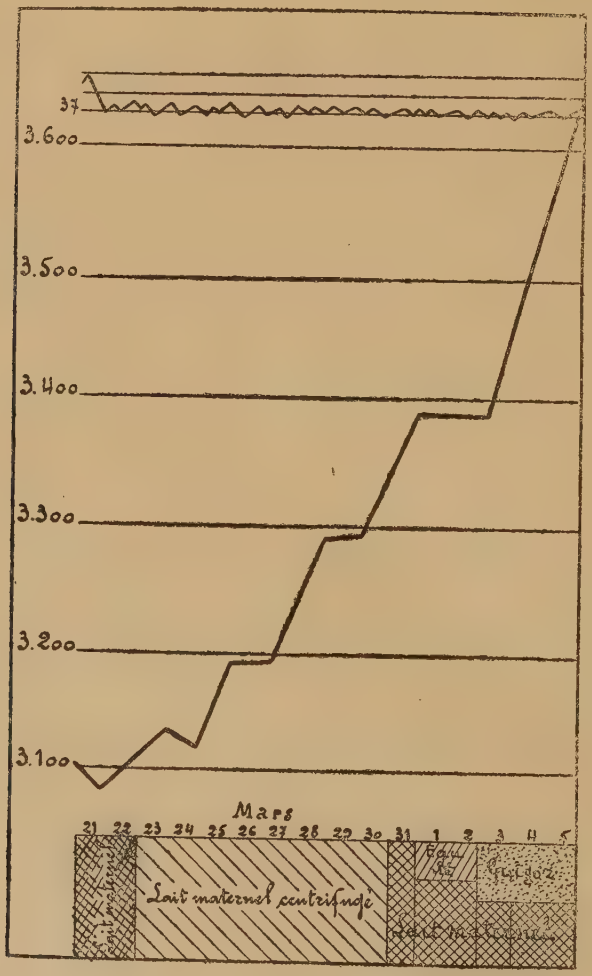

Fig. III. — Obs. XVI

Le 31, l'enfant prend le lait de sa mère non centrifugé.

Cet essai est immédiatement suivi d'une augmentation dans la fréquence des selles qui sont aqueuses, glaireuses.

Le coupage du lait à l'eau de riz améliore les troubles intestinaux, mais la croissance est insuffisante.

Poids : 3.420 gr. le 3 Avril.

Le 4 Avril on diminue la quantité de lait de femme et on complète la tétée par 25 gr. de guigoz.

Les selles s'améliorent et la croissance reprend d'une façon très satisfaisante. Poids : 3.675 le 7 Avril.

Dyspepsie améliorée par l'adjonction de lait Mont blanc et le Bol Blanc

Observation XVII

Sh. Bernard, né, à terme, le 27 décembre 1919. P.N. 3.000.

Premier enfant de parents sains, pas de fausse couche.

Jusqu'à son entrée dans le service, à l'occasion d'une angine de la mère, l'enfant nourri uniquement au sein n'a présenté aucun trouble.

A 18 jours, 15 Janvier, il pèse 3.000 gr. mesure 0 m 48.

L'examen ne révèle aucun signe d'infection aiguë ou chronique, mais depuis quelques jours les selles sont nombreuses, 6 à 8 par jour, vertes, liquides avec des grumeaux et des glaires.

Le coupage du lait maternel à l'eau de riz n'amène aucune amélioration.

Comme l'enfant n'augmente pas de pois, 300 gr., le 20 Janvier on essaie un régime mixte et l'enfant reçoit à chaque tétée 50 gr. de lait maternel, 20 gr. de Mont Blanc écrémé, 30 gr. d'eau de riz. On lui fait prendre, avant chaque repas, une cuillerée à café de Bol Blanc. Les jours suivants les selles sont meilleures, jaunes, mais contiennent encore quelques grumeaux. La progression de poids est tout à fait insuffisante : 3.100 gr. le 27 Janvier.

On donne alors un régime plus riche : 20 gr. de Mont Blanc non écrémé dans lequel on ajoute 1 gr. de farine lactée.

Les résultats sont excellents.

Malheureusement, peu après l'institution de ce régime, survient une infection intercurrente : grippe, coryza, qui retentit un peu sur la croissance. Mais elle reprit vite sa marche ascendante. Poids : 3.600 gr. à la sortie le 14 Février.

On put également noter une amélioration durable de l'état intestinal.

Dyspepsie légère datant de la naissance, aggravée par une otite, améliorée par le Bol Blanc, sans modification du P H des selles et par l'adjonction d'une petite quantité de lait Mont Blanc.

Observation XVIII

B K. Gisèle, née à terme le 24n ovembre 1929. Poids de naissance : 3.300 gr.

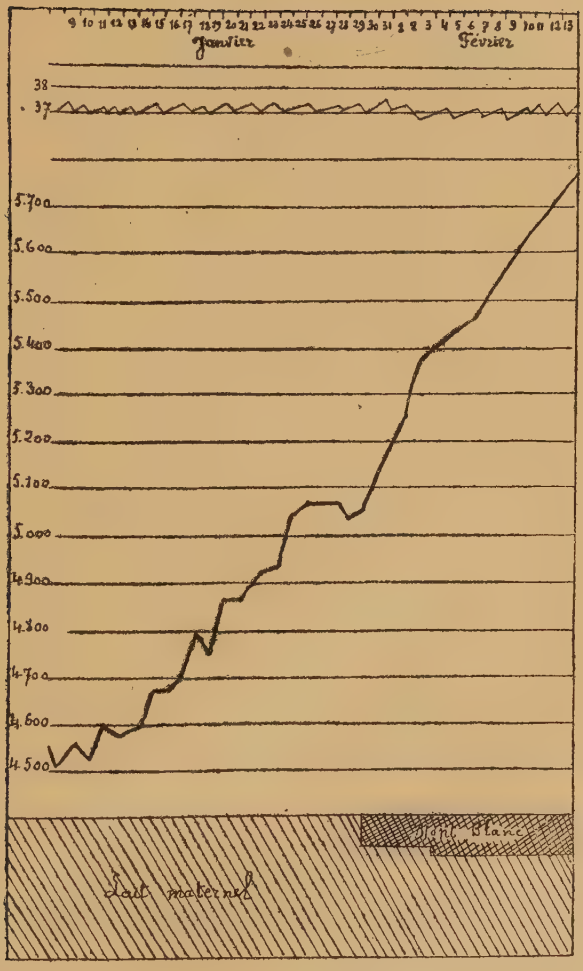

Fig. 4. — Obs. XVIII

2e enfant. L'aîné bien portant ; pas de fausse couche.

Le père est bien portant, la mère épileptique depuis l'adolescence.

L'enfant, nourri au sein, est entré dans le service le 26 Décembre avec sa mère qu'on y traite.

Agé de 1 mois, il pesait à l'entrée 3.950 gr. et ne présentait aucun signe d'affection aiguë ou chronique. Il ne vomissait pas. On remarquait seulement que les selles étaient habituellement mal digérées, grumeleuses et glaireuses, mais la croissance était normale. C'était un enfant nerveux qui dormait mal. Entièrement au sein, il prenait chaque jour 7 tétées de 110 gr.

Le 7 Janvier, l'enfant a une otite qui nécessite une paracentèse droite.

Pas de température, mais à ce moment survient la diarrhée : 7 à 8 selles par jour, liquides, vertes à odeur acide avec des grumeaux. P H. 5,4.

On se borne à donner une cuillerée à café de Bol Blanc avant chaque tétée sans modifier le régime. Les selles s'améliorent, mais restent grasses et certains jours contiennent des grumeaux. Le P H se maintient à 5,6.

Puis pendant 4 jours, le poids reste stationnaire aux environs de 5.050 gr.

On donne alors à chaque repas 30 gr. de Mont Blanc et on diminue d'autant la quantité du lait maternel.

La courbe du poids remonte régulièrement : 5.350 gr. le 1er Février.

L'enfant continue à augmenter de façon satisfaisante, avec de bonnes selles, jusqu'à sa sortie : le 11 Février.

Poids : 5.750 grammes.

Dyspepsie du lait de femme datant de la naissance, très améliorée par le Bol Blanc et le Mont Blanc.

Observation XIX

K. Jean, né le 28 décembre 1929 à terme. P.N. : 3.200 gr.

Vient de Tarnier. 1er enfant de parents bien portants. Pas de fausse couche.

Nourri au sein depuis sa naissance il avait fréquemment des selles mal digérées mais augmentait régulièrement de poids.

Il y a 5 ou 6 jours à la suite d'un coryza il a 5 à 6 selles vertes par jour, liquides, glaireuses et grumeleuses.

A son entrée dans le service, le 24 Janvier 1930, il pèse : 3.675 gr. Sa taille est de : 0 m 51.

Cuti = 0.

Ensemencement : staphylo catarrhalis.

Rien d'anormal à l'examen à part quelques signes de bronchite bilatérale, un léger érythème fessier. Le coryza est encore marqué.

L'enfant reçoit 5.000 unités anti-diphtériques.

On fait précéder les tétées d'une cuillerée à café d'eau de chaux, et comme le lait de la mère est insuffisant, on complète avec 30 gr. de Mont-Blanc les 60 gr. pris au sein.

Le 25 et le 26 Janvier, les selles restent vertes, on signale deux vomissements dans la journée.

Le 27, l'enfant n'a pas vomi, mais les selles gardent leurs caractères.

On administra alors une cuillerée à café de Bol Blanc avant chaque tétée. Rapidement les selles s'améliorent.

L'enfant quitte le service 5 jours après. Poids : 3.950.

Dyspepsie survenue chez un prématuré hérédo syphilitique à la suite d'une bronchite, à l'âge de 6 semaines.

Améliorée par l'adjonction de Larosan, le Bol Blanc (élévation du P H des selles) et les frictions mercurielles.

Obesrvation XX

Ch. Guy, né à 7 mois le 17 novembre 1929. Poids de naissance : 1.790 gr.

1er enfant, pas de fausse couche.

Les parents disent n'avoir jamais été malades.

L'enfant, jusqu'alors, a été nourri au sein, parfois complété par du lait condensé, et n'a jamais présenté de troubles digestifs.

Depuis 8 jours, il tousse et a perdu 140 gr. bien que son appétit soit bon et qu'il n'ait pas de diarrhée.

Le 12 Février, date de son entrée dans le service, il pèse 3.300 gr., sa taille est de 0 m. 50. Le cuti réaction à la tuberculine est négative. Les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives.

A l'examen, on trouve des signes de rachitisme précoce : cranio tabès, chapelet costal, tibias légèrement incurvés. Le foie est normal, mais la rate est très facilement palpable.

Aux poumons : quelques râles de bronchite, pas de souffle.

La température s'élève le soir aux environs de 38, mais cette poussée fébrile ne durera pas plus de 2 ou 3 jours.

L'enfant est mis aux frictions mercurielles. On lui fait prendre 10 gouttes de Stérogyl. Sa mère continue à lui donner 110 gr. de lait 7 fois par jour.

On constate bientôt que les selles sont liquides, grumeleuses et glaireuses. P H. 4,6.

On administre alors du Bol Blanc et on fait prendre à l'enfant 2 biberons d'eau de riz Larosan.

Le P H des selles s'élève à 5,4, mais elles restent encore un peu grumeleuses. Cependant la courbe de poids restée stationnaire les 5 premiers jours, progresse de façon très satisfaisante.

Devant la persistance des selles d'aspect dyspeptique, on supprime le Bol Blanc, et on donne à l'enfant quatre cachets de gelo tanin. Malheureusement la mère l'emmène à ce moment.

Hérédo-syphilitique, dyspeptique depuis sa naissaice, améliorée par le babeurre et le Bol Blanc.

Observation XXI

B. Charles, né le 25 décembre 1929 à terme. Poids de naissance : 3.850 gr.

Le père est suspect de bacillose. La mère a eu une pleurésie sèche en 1925, une crise polyarticulaire en 1926.

Ils ont eu trois autres enfants. L'un d'eux est mort à

9 mois, de méningite, un autre a reçu du B.C.G. Pas de fausse couche.

L'enfant est nourri exclusivement au sein. Depuis sa naissance il a 5 à 6 selles par jour, verdâtres, souvent glaireuses. Il vomit assez souvent, quelquefois immédiatement après la tétée, plus rarement 1/2 heure, une heure après.

A la suite d'un coryza, il y a quelques jours, les phénomènes digestifs se sont accentués, l'enfant vomit après tous les repas.

A son entrée, le 1er Février, il a 6 semaines.

Poids : 4.300 gr. Taille 0 m 54.

Cuti-réaction à la tuberculine : négative.

Ensemencement du nez et de la gorge : staphylo-catarrhalis.

Le poumon, le cœur, le foie sont normaux, mais la rate est nettement palpable.

On laisse l'enfant à son régime habituel : 7 tétées de 100 gr.

Le 3 Février, les selles sont toujours liquides, un peu vertes, muqueuses, à petits grumeaux. P H 4,6. L'enfant a encore un ou deux vomissements par jour. Le poids reste stationnaire : 4.275 gr.

On réduit la quantité de lait maternel à 80 gr. par tétée et on complète avec 20 gr. de babeurre. En même temps on fait prendre à l'enfant une cuillerée à café de Bol Blanc avant chaque tétée, et on commence une série de frictions à l'onguent napolitain.

Très vite les selles s'améliorent. Le P. H. s'élève de 4.6 à 5,6 et l'enfant sort le 6 Février pesant : 4.525 gr.

Dyspepsie du lait de femme datant de la naissance Très améliorée par le Bol Blanc et l'adjonction au régime d'une petite quantité de babeurre.

Observaiton XXII

H. Constantin, né à terme le 19 janvier 1930, de parents sains. Poids de naissance inconnu, arrive du Vésinet le 23 février 1930 pour diarrhée.

A l'entrée : poids 3.600.

Cuti-réaction à la tuberculine : négative.

Ensemencement du nez et de la gorge, staphylo, bacille de Hoffmann.

Rien d'anormal à l'examen, à part un ombilic un peu suintant.

L'enfant, nourri exclusivement au sein, prend actuellement 7 tétées de 90 gr.

Depuis sa naissance, il a toujours des selles vertes et grumeleuses, souvent glaireuses. P H. 5,8. Il ne vomit pas.

L'adjonction d'une petite quantité de babeurre : 10 gr. à chaque tétée, l'administration de Bol Blanc, suffisent à améliorer en quelques jours l'état des selles (P H. 6,4 le 1er Mars) et à faire remonter la courbe de poids : 4.000 gr. le 3 Mars.

Enfant dyspeptique depuis sa naissance, améliorée par le Larosan, le précipité de chaux et la carbatropine.

Observation XXIII

L. Roberte, née le 26 Mai 1929, à terme. P.N. : 2.380. Premier enfant, pas de fausse couche.

La mère est actuellement bien portante, mais elle a été hospitalisée pendant trois ans pour « anémie cérébrale » survenue à la suite de chagrin. Le père est bien portant.

L'enfant est nourrie exclusivement au sein. Elle avait depuis la naissance des selles mal digérées.

A la suite d'une bronchite, il y a quinze jours environ, elle a présenté des selles liquides, vertes, quelques vomissements et a perdu du poids.

Le 23 Juillet 1929, elle entre dans le service. Elle a deux mois et pèse 3.000 gr. La cuti-réaction est négative. L'examen ne révèle aucun signe d'infection aiguë ou chronique.

Les selles ne sont pas très nombreuses, 2 à 3 seulement par jour, mais elles sont vertes, liquides, hyperacides, contiennent des glaires et des grumeaux mal digérés. L'enfant est agitée, dort mal, souffre de coliques.

Pendant quelques jours, on complète les tétées à l'eau de riz Larosan. On lui fait prendre du précipité de chaux et de la carbatropine. L'aspect des selles se modifie, et l'enfant, dont la croissance était arrêtée, se remet à prendre du poids de façon régulière et satisfaisante. Poids 3.650 le 7 août.

Enfant sain, qui à l'âge de six mois, à la suite d'une grippe ne digère plus le lait de femme. Très améliorée par le Tournesol.

Observation XXIV (Thèse de Willemin)

BART Roger. Bel enfant né à terme, pesant 3.600, a

toujours été nourri au sein. Il présente à l'âge de six mois, à la suite d'une grippe, un état d'indigestion permanente vis-à-vis du lait maternel. Selles liquides, glaireuses et grumeleuses, arrêt de la croissance. Devant l'échec des moyens thérapeutiques usuels, on remplace la moitié de la ration du lait de femme par de la bouillie à la crême de riz à 10 %, sucrée à 5 %, tournesolée à 4 % et maltée.

Dès lors, les selles reprirent un aspect favorable, le poids s'accrut, en 15 jours l'enfant gagna 475 gr.

Dyspepsie améliorée par le Babeurre.

Observation XXV

Za. Joséphine. Née le 2 Décembre 1929, à terme. P.N. 3.220 gr.

Premier enfant de parents en bonne santé.

L'enfant nourrie au sein depuis sa naissance avait bon appétit, augmentait régulièrement, mais avait des selles dyspeptiques.

Depuis quelques jours, elle tousse, vomit à chaque tétée, a 7 ou 8 selles liquides par jour.

Le 18 Février, date de son entrée dans le service, à deux mois et demi, elle pèse 4.300 gr. Sa taille est de 0 m 54.

Cuti : 0.

Ensemencement du nez et de la gorge : staphylocoques, bacilles de Hoffmann.

A l'examen, on note un gros erythème fessier des-

cendant sur les deux cuisses. Le foie et la rate sont normaux. On trouve des signes de bronchite légère aux deux

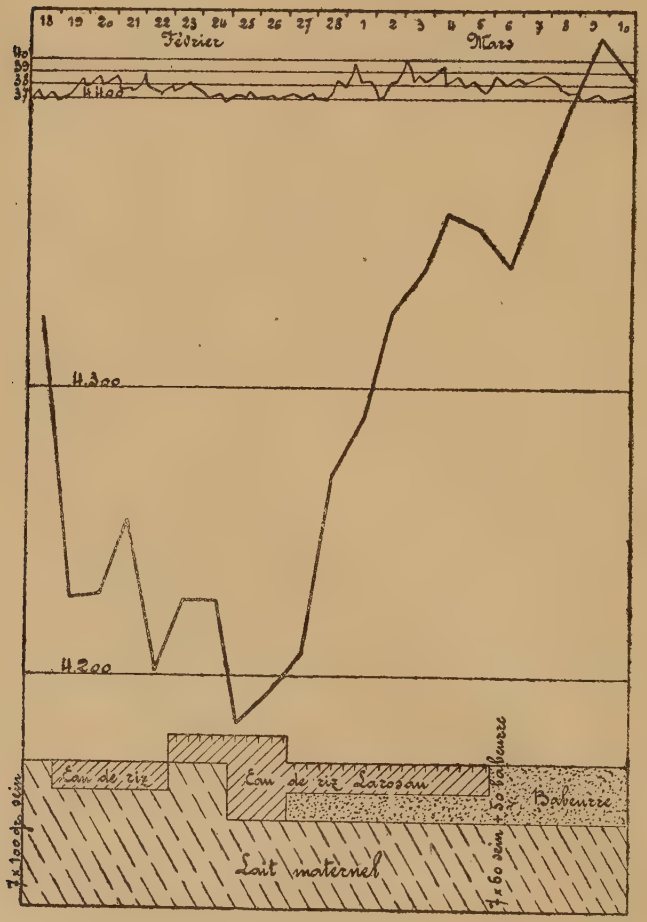

Fig. V. — Obs. XXV

poumons. Il existe une légère malformation au niveau des deux mains : à droite, syndactylie du 3e et 4e doigts,

index en griffe ; à gauche, déformation unguéale du 4e doigt.

La température est aux environs de 38.

La mère continue à donner à son enfant 7 fois 100 gr. de lait. Contre les troubles intestinaux, on a fait prendre à l'enfant du Bol Blanc et une goutte de Pantopon.

Aucune amélioration les jours suivants.

Le 21 Février, l'enfant vomit à plusieurs reprises, en fusées, des glaires et du lait caillé. Les selles sont liquides, hypercolorées. P. H. 5,8. L'enfant tousse moins, mais a une otite droite.

Le 22, devant la persistance des troubles digestifs, on pratique une analyse du lait de la mère. Il est très riche en lactose : 78,60, pauvre en beurre : 23,70 pour 1000, on coupe à l'eau de riz Larosan.

Le 25 Février, on fait une injection de 20 cm3 de sérum antipneumococique, qu'on répétera pendant quatre jours consécutifs.

Le 27, le poids n'a pas sensiblement progressé. Depuis quelques jours cependant la température est normale.

Le 27, on ajoute à chaque tétée une petite quantité de babeurre. Dès lors, la courbe de poids remonte, les selles s'améliorent malgré une poussée fébrile assez intense et prolongée due à une éruption sérique et à l'otite double purulente.

Poids : 4.420 gr. le 9 Mars.

Observation XXVI

R. Laurence, née le 29 août 19.. à terme. P.N. 2.800 gr.

Accouchement au forceps à la Maternité. Suites de couches normales.

Premier enfant. Pas de fausse couche.

La mère a été autorisée à nourrir malgré des antécédents de pleurésie il y a 7 ans, mais l'enfant a reçu du B.C.G. Il prenait 7 tétées complétées au lait de vache.

A la Malmaison, au milieu d'Octobre, l'enfant s'est mis à vomir. On a remplacé le lait de vache par le lait Nestlé et on a supprimé le sein. L'enfant a cessé de vomir. Il a recommencé à augmenter de 160 gr. environ par semaine.

Depuis le 1er Novembre, il a vomi après chaque tétée. Les selles sont nombreuses, mal digérées, verdâtres, avec des glaires et des grumeaux.

Il entre dans le service le 3 novembre.

A deux mois, il pèse : 3.850 gr.

Le foie, la rate, les poumons sont normaux.

La cuti-réaction est légèrement positive (B.C.G.)

Ensemencement du nez et de la gorge : staphylocoque.

Les essais d'alimentation à la crême de riz tournesolée, au Larosan, au babeurre, restent sans succès.

L'enfant vomit après presque tous les repas, malgré les alcalins, l'atropine, les lavages d'estomac.

Du 17 au 19 Novembre il fait une chute de poids de 200 gr. et tombe à 3.575. La diarrhée, les vomissements s'exagèrent.

On lui donne alors du lait de femme d'abord coupé d'eau de riz Larosan, puis comme seul aliment. Les premières prises sont suivies de selles liquides, verdâtres, contenant du lait coagulé non digéré, puis, les jours suivants, l'enfant paraît le tolérer mieux. Il ne vomit plus, les selles sont meilleures bien qu'encore glaireuses, grumeleuses, d'odeur acide ; la courbe de poids se redresse. Mais l'enfant, agité, souffre de violentes coliques que l'élixir parégorique ne calme pas.

Le 3 Décembre, l'enfant recommence à vomir. Il a quatre fois par jour des selles d'odeur acide, compactes, grumeleuses ; il fait une nouvelle chute de poids.

On lui donne alors une cuillerée à café de précipité de chaux avant chaque tétée, tout en continuant à lui administrer VI gouttes d'élixir parégorique.

Au bout de quelques jours les selles sont belles. La courbe de poids est satisfaisante — 4.160 le 11 Décembre.

Ainsi, chez cet enfant qui souffrait depuis des semaines de troubles digestifs graves, il a suffi, pour obtenir une croissance normale et une digestion satisfaisante, avec du lait de femme, d'ajouter un peu de sels de chaux.

Dyspepsie grave ayant entraîné la suppression de toute alimentation lactée, améliorée par le tournesol

Observation XXVII (Thèse de Villemin)

Yvon, né le 28 Juillet 1929, à terme, pesant 3.400.

Premier enfant de parents bien portants. Nourri exclusivement au sein.

Il entre à l'hôpital parce que depuis huit jours, il

présente des selles liquides, vertes, nombreuses, et n'a pas pris de poids.

Le 11 Septembre, âgé de six semaines, il pèse 3 k. 650.

L'examen ne révèle aucune affection aiguë ni chronique.

La température est normale.

Les procédés habituels de traitement des diarrhées de l'enfant au sein échouent ici. Le coupage du lait maternel avec de l'eau de riz, l'administration de charbon, d'élixir parégorique reste sans effet, les selles demeurant nombreuses, huit à dix par jour, très liquides et glaireuses, le poids stationnaire.

Le 25 septembre : 3 k. 700. On prescrit du lait de femme totalement écrèmé par centrifugation et enrichi par l'adjonction d'une petite quantité de poudre de lait. Les selles conservent leur caractère fâcheux, mais la courbe de poids se relève.

Le 6 octobre : 4 k. 200.

A partir de cette date, la croissance s'arrête de nouveau. On essaie un régime mixte : mi-lait de femme écrémé, mi-crême de riz tournesolée. Le nombre des selles diminue de moitié, mais elles restent liquides. Le poids demeure stationnaire.

Le 16 Octobre : 4 k. 100. On tente de supprimer complètement le lait maternel et de donner un mélange à parties égales de lait condensé dilué et de babeurre. Aussitôt la féquence des selles augmente, le poids tombe rapidement.

Le 25 : 3 k. 800. On renonce à toute alimentation lactée et on prescrit les bouillies faites à parties égales avec de

la fécule de pommes de terre, du tournesol, du sucre. Le nombre des selles tombe de 10 à 3. Elles deviennent homogènes, et en trois jours, prenent l'aspect habituel des selles de tournesol. La courbe de poids se relève rapidement malgré que l'enfant présente à ce moment un fort coryza, et 38,5 de température.

Enfant intolérante à toute alimentation lactée.

Observation XXVIII (Thèse de Villemin)

P. Françoise. Jumelle née à terme, pesant 2 k. 220, élevée au régime mixte (lait maternel et lait condensé), l'enfant a été en contact avec son père bacillaire avéré, a reçu du B.C.G.

La cuti réaction est devenue positive à l'âge de 7 mois.

Elle entre dans le service à l'occasion de troubles digestifs, selles liquides et vomissements ayant déterminé une forte chute de poids.

Le 28 Septembre, à cinq mois, elle pèse 3.200, est maigre et chétive.

On prescrit 7 biberons de 120 gr. (40 gr. de lait de nourrice, 80 gr. de babeurre).

Le 18 Octobre : 3 k. 300. Les vomissements persistent, le babeurre est remplacé par de la farine lactée. Les selles deviennent grumeleuses, glaireuses, de temps à autre, liquides ou décolorées.

Le lait de femme écrémé est essayé sans plus de succès.

Le 7 novembre : 3 k. 500. Depuis quatre jours les selles sont fréquentes, liquides. On supprime toute espèce de

lait et on prescrit 7 bouillies (fécule 5 % tournesolée 5 % non sucrée).

L'aspect des selles devient immédiatement favorable et la chute de poids est enrayée.

Le 10 Novembre : 3 k. 500 : on prescrit des bouillies à la crême de riz 10 %, tournesol 4 %, sucre 5 % maltées. La courbe de poids se relève, l'enfant ne vomit plus.

Le 14 Novembre : 3 k. 700.

Le 18 Novembre : 3 k. 700. Ce bloquage fait ajouter au régime de l'hydrolysat de levure de bière.

Le 28 Novembre : 4 k. 100. L'enfant fait une bronchite qui arrête la croissance.

Le 7 Décembre : 4 k. 075. Un essai d'adjonction de lait fait réapparaître les vomissements et modifie les selles qui deviennent glaireuses, grumeleuses, fétides.

Le 12 Décembre : 4 k. 100, reprise du régime précédent.

Le 18 Décembre : 4 k. 550.

L'enfant est dès lors maintenu à ce régime avec d'excellents résultats.

Dyspepsie rebelle aux agents thérapeutiques rapidement améliorée par un changement de régime, adjonction de guipoz demi écrémé.

Observation XXIX

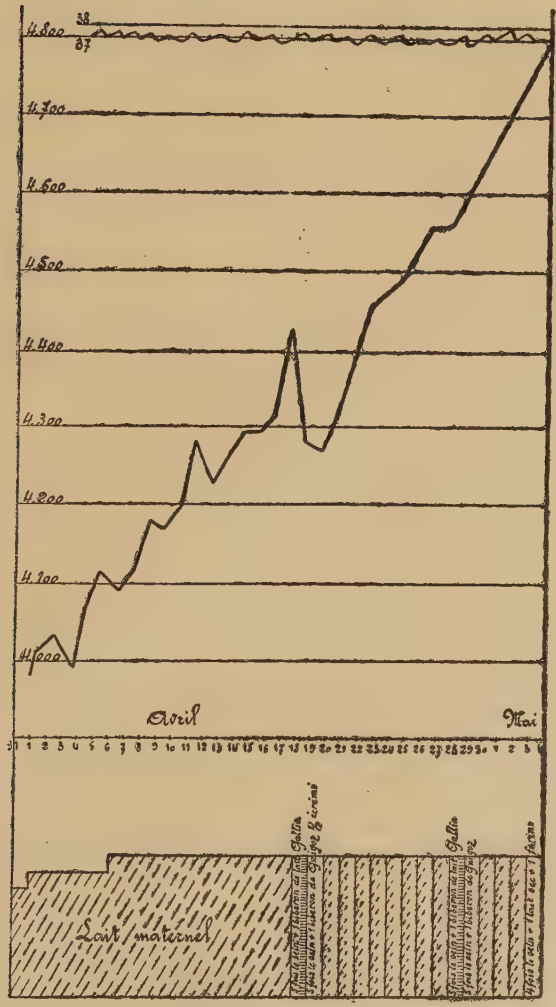

Fig. VI. — Obs. XXIX

G. Lucien (Fig 6.).

Né le 29 Décembre 1929, à terme, P.N. : 3.060.

Accouchement au forceps. 2e enfant. Le premier est en bonne santé, pas de fausse couche, les parents sont bien portants. Nourri au sein, il avait depuis la naissance des selles dyspeptiques et vomissait tous les jours 3 ou 4 fois.

Il y a un mois on ajoute au biberon du lait de vache coupé à moitié aux 7 tétées de 90 gr. Les vomissements s'aggravent. Ils surviennent maintenant après toutes les tétées soit immédiatement, soit une heure après. Ils sont alors constitués par du lait caillé, des glaires. Les selles sont plus fréquentes, 5 à 6 par jour, liquides. L'enfant entre à l'hôpital le 21 Mars venant de la Maternité de Port-Royal. A 3 mois il pèse 4.000 gr. donc un poids très inférieur à celui de son âge. Il mesure 0 m. 52.

L'examen ne décèle rien d'anormal.

L'enfant remis régulièrement au sein vomit presqu'après chaque tétée, souvent abondamment, cependant l'appétit est bon. Les selles sont glaireuses, grumeleuses, fréquentes, d'odeur acide. L'enfant est agité, crie beaucoup, parait souffrir de coliques.

Les alcalins, la papaïne, l'atropine n'ont aucune action sur les vomissements. Ils s'atténuent passagèrement après un lavage d'estomac le 13 Avril, mais reprennent dès le lendemain. Le Bol Blanc, l'acolitol, ne moditent pas l'aspect des selles, le pantopon reste sans effet.

La courbe de poids est médiocre, irrégulière 3.275 gr. le 18 avril.

On essaie alors de donner à l'enfant un biberon de lait Gallia à la place d'une des tétées, et 0,02 de gardé-

nal. Le lait Gallia est vomi. Le lendemain on donne seulement le sein sans plus de succès.

Le 20 Avril on institue un régime composé de 5 tétées de 140 gr., et un biberon de guigoz demi écrémé. On continue le gardénal et on donne une cuillerée à café d'eau de Vals avant chaque tétée.

Les vomissements s'espacent, les selles sont meilleures le poids se relève, 4.775 gr. le 4 Mai.

A partir de cette date on lui donne 4 tétées, une farine lactée, un guigoz, deux cuillerées à café de jus de légume et on continue le gardénal.

Les troubles digestifs sont très améliorés : l'enfant ne vomit plus, les selles sont belles. Il sort le 23 Mai, poids : 5.250 gr.

LES SYMPTOMES

Ils consistent, comme nous l'avons vu, en vomissements, diarrhée ou constipation opinâtre, symptômes nerveux, manifestations cutanées, modifications de la nutrition. Ils peuvent se montrer isolément ou former des groupements variables, de sorte qu'il y a lieu de distinguer des formes complexes et des formes monosymptômatiques de la dyspepsie.

Le vomissement est un symptôme fréquent. Nous l'avons observé dans plus de la moitié des cas.

Il peut se produire immédiatement après la tétée, mais généralement il est plus tardif, une demi-heure, une heure ou davantage. Il est parfois composé de lait non caillé, souvent par un liquide plus ou moins clair, renfermant des fragments de lait caillé, parfois des glaires.

Le plus souvent facile, il peut être émis en jet comme dans la sténose (XXV).

Tantôt on observe une série de petits vomissements qui rejettent peu à peu le lait ingéré, le plus souvent il n'y a entre les tétées qu'un ou deux vomissements portant sur un partie ou la totalité de la prise. Ils peuvent rester en petit nombre ou se répéter à chaque tétée. Parfois ils sur-

viennent après certaines tétées seulement. Après les tétées du soir, on doit faire rechercher si le lait maternel n'est pas trop riche en beurre (II, III).

Assez souvent l'enfant après avoi tété manifeste sa souffrance par des cris, de l'agitation, parfois de la raideur des membres et du tronc. Le vomissement amène la fin de la crise. L'agitation après les tétées du soir est également l'indication d'un excès de beurre dans le lait de la nourrice.

Le vomissement est un symptôme tenace. Lorsqu'il se reproduit fréquemment il rend l'alimentation difficile et conduit à l'hypothrepsie.

Les phénomènes intestinaux ne manquent jamais. Le plus souvent on observe de la diarrhée ; 5 à 6 selles par jour, mal liées, vertes ou jaunes et verdissant après l'émission, d'odeur aigrelette.

Elles sont riches en mucus, présentent des graisses neutres en excès sous forme de grumeaux blancs de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois. Leur présence relève de la rapidité du transit qui ne permet pas l'attaque suffisante des corps gras par les ferments.

Nous avons vu qu'elles étaient de réaction acide, dues à l'excès des acides lactique et acétique par suite de la fermentation du lactose par les microbes saccharolytiques.

Par moment les selles deviennent plus nombreuses, six à dix émises en jet, mousseuses, verdâtres, très acides.

Elles peuvent se produire rapidement après la tétée, prenant le type des diarrhées prandiales de l'adulte.

Dans son ensemble la flore est constituée par des ferments saccharolytiques. Exceptionnellement on peut ob-

server des diarrhées à staphylocoques, perpringens, protens.

Parfois il n'y a pas à proprement parler de diarrhée mais les selles sont pâteuses, ou même sèches, mal digérées, grumeleuses, d'un jaune verdâtre.

En somme c'est une diarrhée banale dont le seul caractère particulier est d'être tenace, de résister aux traitements usuels.

La constipation est un phénomène plus rare ; lorsqu'elle existe c'est une constipation opiniâtre qui dure des mois.

Les coliques sont très fréquentes. L'enfant, les traits contractés, se tortille, les jambes repliées sur le ventre pendant quelques minutes, pleure et fait des efforts d'expulsion pénibles. La crise se termine par l'émission de selles ou de gaz non fétides.

L'abdomen est souvent sensible à la pression, offre parfois au moment des accès les plus aigus un météorisme marqué.

Dans d'autres cas, le ventre est plat, rigide et la palpation permet de sentir l'intestin petit rétracté, en état de spasme.

L'appétit est variable. Il peut rester bon. Certains nourrissons voraces paraissent toujours affamés. D'autres au contraire prennent mal le sein, pour lequel ils ont l'air d'avoir du dégoût, s'arrêtent au milieu de la tétée (Obs. XV).

Les signes nerveux font rarement défaut. Agitation, émotivité, insomnie. Souvent l'enfant s'endort difficilement, sursaute au moindre bruit, se réveille facilement,

pleure, exige qu'on le tienne. Parfois l'enfant est raide, on peut voir survenir des spasmes : du cardia, du larynx.

Dans les cas sérieux d'intolérance qu'on rattache à l'anaphylaxie, les signes nerveux peuvent prendre une allure inquiétante par leur intensité : pâleur, état syncopal après les tétées (Obs. VII, IX), parfois même crises éclamptiques.

Enfin bien souvent existent des manifestations cutanées, érythème fessier plus ou moins étendu, simplement érythémateux ou vésiculeux.

Intertrigo-eczéma.

La nutrition n'est généralement pas très profondément troublée. Cependant la pâleur et la maigreur sont constantes. Les muscles sont flasques et en même temps hypertoniques. La température est normale, avec quelques oscillations insignifiantes. Le poids est presque toujours inférieur à la normale mais les enfants ne deviennent hypotrophiques que dans les formes intenses lorsque les vomissements répétés entraînent un état d'inanition.

Il n'y a pas de modifications sanguines. On a signalé des cas rares de lactosurie.

Le pronostic est habituellement bénin.

Tous les auteurs insistent sur le caractère transitoire de l'affection qui « apparait dès les premiers jours, augmente pendant quelques semaines et reste stationnaire un certain temps pour s'améliorer vers le fin du premier trimestre comme si l'enfant s'adaptait peu à peu au lait de femme qu'il ne pouvait supporter sans malaise au début ».

Ceci est vrai dans la grande majorité des cas, mais chez certains nourrissons les troubles s'aggravent de plus en plus jusqu'à ce qu'on ait pris la décision de cesser définitivement le lait de femme.

Les troubles digestifs de l'enfant au sein ne conduisent en pratique jamais à l'athrepsie mais dans les formes intenses l'enfant se trouve en état de moindre résistance vis-à-vis des infections.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dyspepsie est facile. Ce qui importe avant tout c'est de savoir reconnaître de quoi elle relève, la thérapeutique en dépendant. On distingue aisément le vomissement gastrique d'une régurgitation banale, d'un vomissement œsophagien, d'une rumination. La diarrhée ne sera pas confondue avec la multidéfécation.

Il faudra savoir reconnaître les troubles digestifs symptômatiques d'une affection nerveuse, méningite, encépalite, d'une coqueluche, d'une invagination intestinale, exceptionnellement d'un étranglement herniaire, d'une appendicite, d'une péritonite. On ne devra pas non plus considérer comme des phénomènes d'intolérance les troubles digestifs passagers qui peuvent survenir au cours d'une maladie aiguë de l'enfant, d'un état physiologique ou pathologique de la nourrice et qui disparaîtront par des moyens très simples, ou avec la maladie causale.

Lorsque la dyspepsie date déjà de quelque temps il faut tout d'abord rechercher si une faute élémentaire ne suffit pas à l'expliquer.

Un enfant qui vomit, qui a des selles diarrhéiques peut être un simple suralimenté. Il faudra voir si l'enfant est réglé, s'il ne prend pas des tétées trop copieuses et trop

rapprochées. Les troubles sérieux sont généralement assez tardifs, précédés par une longue phase de tolérance pendant laquelle l'enfant ne traduit la surcharge de son estomac que par des régurgitations, du hoquet, quelques coliques passagères.

A la longue, apparaissent des troubles plus graves, vomissements, diarrhée, arrêt de la croissance qui disparaissent le plus souvent par un réglage convenable.

L'hypoalimenté peut ressembler au dyspeptique. Chez lui pourtant ce sont les troubles de la croissance qui sont prédominants et les premiers en date. Ce sont des enfants dont le poids reste indéfiniment stationnaire alors que la taille s'accroît normalement. Ils sont nerveux, tristes et grognons, dorment mal, souvent ils s'agitent et pleurent après qu'on les a retirés du sein, ce qui peut faire penser qu'ils souffrent de coliques.

Le ventre est plat et déprimé, la constipation habituelle ; il y a oligurie.

Cependant à une phase plus tardive il n'est pas rare de voir survenir des vomissements, des évacuations intestinales nombreuses, généralement foncées, bilieuses, glaireuses, mal liées, parfois sanguinolentes, semblables aux déjections des entérites banales. Elles peuvent inciter à instaurer la diète hydrique. L'enfant est parfois conduit à un état d'inanition grave par des fautes thérapeutiques répétées.

Lorsqu'on verra survenir des troubles digestifs chez l'enfant au sein, il faudra donc toujours s'assurer s'il est suffisamment nourri. Parfois c'est un nourrisson débile, anorexique chez lequel une malformation bucco-pharyn-

gée entaîne la difficulté de la succion mais le plus souvent la sous-alimentation relève de l'hypogalactie.

L'aspect de l'enfant toujours affamé, la façon dont il prend le sein sont parfois significatifs. Mais c'est la pesée des tétées qui en fera la preuve.

Le traitement sera facile. Il suffira de relever progressivement la ration alimentaire pour voir les vommissements disparaître, le poids remonter.

Cependant dans des cas graves la réalimentation pourra se heurter, nous l'avons vu, a des phénomènes d'intolérance.

Lorsque l'enfant sans maladie apparente, nourri suivant toutes les règles par une nourrice en bonne santé, présente des troubles digestifs nous avons vu que l'analyse pouvait rendre de grands services, expliquer les phénomènes morbides par une composition anormale du lait maternel.

Si l'on ne trouve rien à l'analyse on sera en droit de penser que l'enfant présente des phénomènes d'intolérance au lait de femme. On recherchera alors s'il n'existe pas une tare héréditaire à leur origine. (neuro arthritisme syphilis.).

M. Lemaire a montré que la tétanie peut provoquer des vomissements répétés qui cèdent au traitement.

Dans les cas graves, avec pylorospasme intense, parfois même dans certains cas de dyspepsie du nourrisson par excès de beurre (Obs. I) le diagnostic peut se poser avec certaines malformations des voies digestives, en particulier la sténose hypertrophique du pylore, affection qu'il est essentiel de reconnaître, car dans ce cas, une

intervention chirurgicale pratiquée assez tôt peut seule sauver la vie de l'enfant.

Elle se manifeste en général quinze à vingt jours après la naissance par l'apparition brusque de vomissements, d'emblée tenaces, abondants, se produisant le plus souvent en jet. Lorsque les vomissements contiennent plusieurs repas, la stase est évidente. La constipation est habituelle, le ventre plat et déprimé. La perte de poids se fait de façon progressive et rapide : vingt à trente grammes par jour. Mais l'affection n'a pas toujours une marche ausi aiguë, elle est alors moins facile à reconnaître. Le début peut être moins brusque après une phase de tolérance plus longue. Le vomissement peut ne pas se reproduire après chaque tétée. Les vomissements en fusées peuvent alterner avec les vomissements abondants et faciles. La courbe de poids peut être moins régulièrement descendante. Sous l'influence du traitement médical, on voit parfois des améliorations passagères et trompeuses. La reprise des accidents et leur marche rapide rendent l'enfant incapable de supporter l'intervention.

Les signes physiques que l'on décrit dans la sténose : ondulations péristaltiques, tumeurs pyloriques, sont inconstants et peuvent se rencontrer dans d'autres affections (Obs. I).

Le diagnostic de sténose par hypertrophie du pylore sera basé sur les données du tubage — pour quelques auteurs la constatation de liquide résiduel à la quatrième heure est pathognomonique — et de la radioscopie. Elle montrera le syndrome de lutte : alternance d'efforts et

d'épuisement, la dilatation prépylorique, dans quelques cas le rétrécissement du canal pylorique.

Dans le gastrospasme il n'y a pas de stase marquée — soit que le spasme de l'estomac détermine une évacuation à la fois par le cardia et par le pylore (M. Marfan), soit que le spasme pylorique soit au premier plan. — Tant qu'il dure, rien ne passe ; quand le sapsme cède, l'évacuation devient facile (MM. Barret et Chauffour). En somme l'estomac se vide de façon irrégulière et discontinue mais dans les délais normaux.

TRAITEMENT

Nous n'envisagerons ici que le traitement des troubles dyspeptiques chroniques.

Le premier point qui s'impose est de s'assurer que l'enfant est convenablement réglé. Pour cela on pésera une ou mieux plusieurs tétées.

Si l'enfant est suralimenté on lui donnera sa ration à heures régulières.

Pour la quantité à donner on se référera aux tableaux qui ont été dressés à ce sujet et qui donnent les chiffres moyens. Les troubles cèdent en général facilement.

Dans les cas un peu sérieux il sera parfois nécessaire, la première journée, de limiter la durée de la tétée à 4 ou 5 minutes, et de l'augmenter à mesure que les troubles s'améliorent.

Si l'enfant est sous alimenté, on le mettra progressivement à une ration normale.

Lorsque le lait est trop riche en beurre, on essaiera par les modifications apportées au régime de la mère à en diminuer la teneur. On pourrait y parvenir en réduisant la quantité d'albumine et de graisse mais cela changerait complètement l'alimentation. Il est préférable, comme l'a démontré M. Barbier, de diminuer la quantité

des hydrates de carbone en remplaçant les féculents par les légumes verts, régime qui a l'avantage de ne pas diminuer la caséine. M. Barbier a eu d'excellents résultats par ce procédé.

Dans les cas plus graves on pourra remplacer la tétée de 15 heures par un biberon d'eau d'orge ou de lait d'ânesse, et si l'enfant a plus de six mois par une bouillie.

Lorsqu'il s'agira de phénomènes d'intolérance, on se gardera de mettre l'enfant à la diète hydrique. La sous alimentation est particulièrement mal supportée chez les sujets.

Le changement de nourrice réussit parfois très bien, mais dans la plupart des cas le lait étranger ne convient pas mieux que le lait maternel. Il est donc inutile de faire l'essai.

L'allaitement mixte est souvent indiqué. Il faudra composer un régime bien équilibré comportant les différents éléments indispensables à l'entretien et à la croissance, et toléré par les voies digestives. Toute faute diététique peut chez ces enfants hypersensibles entraîner des troubles sérieux.

On diminuera la quantité de graisses du régime, soit par centrifugation du lait maternel, soit par coupage.

On augmentera les protéines et les substance minérales. C'est dans ce but qu'on donne à l'enfant du babeurre :

du Larosan : Paracaséinate de calcium finement pulvérisé.

du lait sec 1/2 maigre.

ou des protéines végétales : Tournesol.

On peut également compléter les tétées par une petite quantité de lait condensé.

La modification du régime est la partie principale du traitement.

Médication.

S'abstenir des purgations : huile de ricin ou calomel à forte rose (0,05 à 0,10). Le purgatif aggrave la diarrhée et en prolonge la durée.

Il sera préférable de donner pendant quelques jours un ou deux lavements avec une décoction très chaude, à 40°, de racine de guimauve (150 à 250 gr.) suivant l'âge.

Si l'enfant souffre de coliques, on appliquera sur l'abdomen des compresses chaudes ou un cataplasme.

La balnéation chaude aura aussi des indications.

Dans les cas où l'hyperpéristaltisme est très marqué : l'administration d'opiacés — Pantopon (Obs. X-XII), de gardénal (Obs. XI) suffiront parfois à faire disparaître les troubles.

On obtiendra souvent de bons résultats par l'administration d'eau de chaux, qui semble agir surtout par la faculté qu'elle a de se combiner aux acides : avec les acides gras elle fait des savons calcaires, avec les acides lactique et acétique, du lactate et de lacétate de chaux : corps astringents, dessicatifs et par suite antidiarrhéiques.

Yllpö a montré que les substances adsorbantes : bol blanc, charbon, sel de chaux ont une action alcalisante sur les selles.

Pour M. Slobosiano cette action est plus grande quand on associe plusieurs de ces substances. Comme elles sont

de goût désagréable, il les incorpore dans un sirop et indique la formule suivante :

Bol blanc : (Silicate d'alumine) Charbon animal ou phosphate	aâ 10 gr.
Ether	25 »
Sirop simple	75 »

Il donne deux cuillerées à café quatre à cinq fois par jour, préconisant les doses fractionnées qui neutralisent l'acidité intestinale au fur et à mesure qu'elle se produit.

M. Ribadeau-Dumas a administré dans la plupart des cas de dyspepsie du lait de femme : soit du bol blanc associé au phosphate tribasique de chaux, soit du précipité de chaux léger :

1/2 cuillerée à café	précipité de chaux léger : 10 gr.
avant chaque tétée de :	Julep gommeux ..... 125 »

et du charbon.

Il a observé une élévation du PH des selles dans quelques cas (XX - XXI - XII) mais parfois le PH est resté inchangé (XVIII).

Cependant on a constaté une amélioration clinique souvent rapide, parfois même dans des formes légères, sans qu'il ait été nécessaire de modifier le régime.

Le sous-nitrate de bismuth a sur la muqueuse une action astringente et calmante.

Le Tannigène est indiqué quand les selles renferment du mucus en grande quantité.

Il est exceptionnel d'observer chez les enfants au sein des diarrhées alcalines. C'est le seul cas où l'acide lactique peut être indiqué.

Lorsque l'enquête et le caractère des selles permettent de penser que la diarrhée est due à une insuffisance des sucs digestifs, on peut essayer de donner des ferments digestifs : pepsine, acide chlorhydrique, suc gastrique de porc, pancréatine.

En cas de vomissements rebelles on pourra administrer à l'enfant des alcalins, des poudres inertes, lui donner des antispasmodiques : belladone ou mieux atropine à la dose de deux gouttes par jour. Parfois ils céderont après un lavage d'estomac.

Dans les cas où la syphilis sera reconnue on instituera un traitement. Il peut y avoir une très heureuse action sur les troubles digestifs (Obs. XXI).

Enfin l'hygiène a une grosse importance. Tous les auteurs insistent sur l'état nerveux de ces enfants. Le changement d'air et le milieu peuvent influencer très favorablement ces malades.

Par ces moyens on arrive presque toujours à assurer une croissance satisfaisante, à améliorer dans une large mesure les troubles intestinaux.

Cependant il en est qui restent rebelles à toute thérapeutique. M. Weill a obtenu dans ces cas d'intolérance de bons résultats avec des injections sous cutanées de 5 cc. du lait maternel prélevé aseptiquement. Mais la méthode ne compte pas que des succès.

On sera donc parfois conduit à sevrer complètement l'enfant. Il en est qui tolèrent parfaitement bien l'allaitement artificiel, qui dès les premiers jours ont de belles selles et augmentent de poids.

Mais d'autres continueront à faire des phénomènes dyspeptiques avec n'importe quel lait (Obs. XXVIII).

Les accidents dramatiques que l'on rattache à l'anaphylaxie indiquent le sevrage de l'enfant. On pourra cependant essayer de la réadapter par ingestion de doses progressives du lait intoléré.

CONCLUSION

I. — L'enfant au sein n'est pas absolument à l'abri des troubles digestifs, mais ils restent chez lui habituellement bénins. Il est exceptionnel que par leur intensité, leur ténacité, ils entraînent des troubles sérieux de la croissance qui nécessitent la suppression du sein. Dans la plupart des cas on arrive à faire tolérer le lait maternel. C'est le but qu'on doit poursuivre et nous verrons plus loin quels sont les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

II. — Il importe d'abord de reconnaître si les troubles ne relèvent pas de causes simples : maladie de l'enfant, état physiologique ou pathologique de la mère, erreur de régime.

III. — Les troubles digestifs du nourrisson viennent quelquefois d'une composition anormale du lait, et l'analyse faite dans de bonnes conditions peut rendre d'utiles services. Il existe des dyspepsies par excès de beurre. On a signalé des cas où un lait, trop riche en albumine ou en lactose, avait entraîné des phénomènes dyspeptiques.

Un lait trop pauvre en protéine peut entraver la croissance.

Un allaitement trop prolongé entraîne parfois une anémie spéciale par manque de fer.

IV. — C'est la richesse spéciale du lait de femme en lactose qui donne à la diarrhée du nourrisson au sein sa physionomie particulière. Sous l'influence d'un péristaltisme exagéré le plus souvent, ce sucre arrive non dédoublé dans la portion terminale de l'intestin où la flore saccharolytique est abondante. Les acides qui résultent de sa fermentation sont très irritants pour la muqueuse intestinale. Le péristaltisme en est encore exagéré. A la longue peuvent se produire des phénomènes d'auto-infection.

L'acidité des selles peut être diminuée par un régime plus riche en matières albuminoïdes, qui développent une flore antagoniste, et l'adjonction de substances adsorbantes : sels de chaux, bol blanc, charbon.

V. — Les dyspepsies tenaces s'observent surtout chez les enfants prédisposés par leur hérédité : neuroarthritique, syphilitique, accessoirement alcoolique ou tuberculeuse. Une infection, une erreur de régime, une modification du lait de la mère qui déterminerait des troubles passagers et bénins chez un enfant normal, entraîne chez un taré des phénomènes dyspeptiques qui une fois installés rétrocèdent difficilement.

Parfois c'est dès la naissance que l'enfant est intolérant au lait de femme.

On a invoqué, pour expliquer ces phénomènes une insuffisance congénitale des organes de la digestion (Raimondi) une hypersensibilité de la muqueuse digestive (M. Marfan), une « diathèse némopathique » (Finkelstein). Alarçon pense qu'il sont en rapport avec l'hypervagotonie normale chez le nourrisson de moins de 3 mois. M.

Weill de Lyon les a assimilés à des phénomènes anaphylactiques.

VI. — *Symptômes.*

Ce sont avant tout des selles dyspeptiques : diarrhée acide, muco grumeleuse, souvent liquide. L'émission est parfois post-prandiale, précédée de coliques.

Les vomissements sont fréquents. Par leur répétition ils peuvent rendre l'alimentation difficile.

Les symptômes nerveux sont habituels.

Les manifestations cutanées : érythème, intertrigo, eczéma, fréquentes.

La courbe de poids est irrégulière, souvent insuffisante.

VII. — Le diagnostic est surtout un diagnostic étiologique. Reconnaître les troubles digestifs secondaires à une maladie de l'enfant ou de la nourrice, à une erreur de régime.

Rechercher par l'analyse si le lait de la mère n'est pas de composition anormale.

Sinon, les troubles rentrent dans le cadre de l'intolérance : on cherchera si une tare héréditaire n'est pas à l'origine. Dans certaines formes sérieuses avec vomissements répétés, le diagnostic peut se poser avec la sténose hypertrophique du pylore dans sa forme chronique. Mais elle se manifeste généralement après une phase de latence, la constipation est habituelle. Les signes de stase, la radioscopie feront le diagnostic.

VII. — *Traitement.*

1° Régler l'alimentation.

2° Si on trouve un excès de beurre dans le lait de la mère, on essaiera d'en faire baisser le taux par le régime des légumes verts.

En cas d'insuccès on remplacera une ou deux tétées par un biberon d'eau d'orge, et si l'enfant a plus de 6 mois, par une bouillie.

3° En présence de phénomènes d'intolérance, le changement de nourrice peut faire disparaître les troubles mais il est loin de réussir dans tous les cas.

Il vaut mieux essayer un régime mixte. L'enfant se trouve souvent bien d'un régime dégraissé : par centrifugation ou coupage de lait maternel, de l'adjonction de protéine et de sels : lait sec, babeurre, Larosan, tournesol, parfois simplement d'un apport calorique supérieur : Mont-Blanc.

On obtiendra souvent de bons résultats par certains médicaments :

Le Gardénal, les opiacés : pantopon, peuvent avoir une heureuse action sur l'hyperpéristaltisme.

Par des substances adsorbantes : Bol blanc, charbon, sels de chaux, on arrive parfois à diminuer l'hyperacidité des selles.

Par ces différents procédés on réussit le plus souvent à améliorer le milieu intestinal, à assurer une croissance suffisante.

Vu : le Doyen,

ROGER.

Vu : le Président,

CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ALARCON. — **La dyspepsie transitoire des Nourrissons.** Edit. Baillère et Fils, Paris, 1929.

BAR. — **Bulletin de la Société d'Obstétrique,** 1903.

BARBIER. — **Médecine Infantile,** p. 25.

BARBIER. — **Accidents dûs à l'excès d'albumine dans le lait.** Journal de diététique, 15 Juillet 1912, p. 145.

BARRET et CHAUFFOUR. — **Les signes radiologiques de la sténose et du spasme du pylore chez l'adulte et chez le nourrisson.** Presse Médicale, 1922, p. 897.

BONNET-LABORDERIE et DEKESTER. — **Journal des Sciences Médicales de Lille.**

BOUCHACOURT. — **Bulletin de la Société d'Obstétrique,** 1903.

BUDIN. — **Le Nourrisson,** 1900.

CATHALA ET VERMOREL. — **Le problème de l'alimentation sans lait dans la première enfance.** La Presse Médicale nº 10 (15 décembre 1928) p. 1595.

COFFIN. — **Contribution à l'étude dê l'estomac du Nourisson.** Thèse de Paris 1927.

COMBES. — **Les maladies gastro-intestinales aiguës des Nourrissons.** Baillère et Fils, 1913, p. 168.

DUCUING. — **La dyspepsie du Nourrisson au sein par excès de beurre.** Thèse de Paris, 1924.

DUCUING. — **Gazette des Hôpitaux** nº 73, 11 Septembre 1926.

HUTINEL. — **Intolérance pour le lait et anaphylaxie chez le Nourrisson.** La Clinique, 18 avril 1908.

LEMAIRE. — **Commentaire de l'hypothèse de Weil.** Le Nourrisson, 1920, p. 174. — OLIVIER : **Vomissements habituels et tétanie.**

LESAGE. — **La maladie spasmodique des Nourrissons.**

LEREBOULLET et ST-GIRONS. — **Comment examiner et traiter les nourrissons vomisseurs.** Journal Médical Français. Juillet 1925.

LESNÉ et BINET. — **Physiologie normale et pathologie du nourrisson,** Masson, p. 142, 1921.

MARFAN. — **Les affections des voies digestives dans la première enfance.** Paris, Masson, 1923.

MARFAN. — **Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge.** Paris, Masson, 1920.

MARFAN. — **La maladie des vomissements habituels.** Le Nourrisson, 1919, p. 100.

MARFAN. — **Traitement de la diarrée des enfants nourris au sein.** Paris Médical, 3 Février 1917.

MARFAN ET LEMAIRE. — **Précis d'hygiène et des maladies du Nourrisson,** p. 353.

MARFAN ET LEMAIRE. — **Fréquence de la syphilis chez les nourrissons atteints de maladie des vomissements habituels.** Soc. Péd. Paris, 18 octobre 1921.

RAIMONDI. — **La dyspepsie de naissance chez le nourrisson.** Revue de Puériculture n° 2. Avril 1910, p. 17.

RIBADEAU-DUMAS (Sergent - Ribadeau-Dumas - Babonneix). **Pédiatrie.** — FOUET : **Société de Pédiatrie,** Mai 1924. — MATHIEU ET WILLEMIN. — **L'arrêt de croissance des nourrissons du 6e au 8e mois, syndrome de carence fruste.** Société de Pédiatrie. Février 1930.

ROHMER. — **Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson.** Le Concours Médical, 1924, p. 239.

SLOBOSIANO. — **La pathogénie des diarrhées primitives des nouveau-né au sein. Leur traitement par les substances adsorbantes.** Le Nourrisson, 1925.

TERRIEN. — **Insuffisance lactée et Anaphylaxie.** Journal de Médecine Interne, 10 Février 1911.

VARIOT. — **Traité des maladies des Enfants du premier âge.**

VARIOT. — **Intolérance pour le lait maternel.** Journal des Praticiens, 1904.

VARIOT ET MARFAN. — **Critique de l'hypothèse de Weill.**

VARIOT, BOUGNIER ET MALLET. — **Recherche sur les effets des injections sous-cutanées de lait chez les Nourrissons.** Bulletin Soc. Ped. Paris, 1919.

WEILL. — **L'intolérance pour le lait chez le Nourrisson et son traitement par l'injection sous-cutanée.** Monde Médical 1, 15 juin 1921.

WEILL et PEHU. — **Un syndrôme gastrique particulier du Nourrisson.** Lyon Médical, 1900, n° 75, p. 505.

JOUVE & Cie, Imprimeurs-Editeurs, 15, Rue Racine, PARIS. — I. M. L.